

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Gezondheid en maatschappelijke participatie

Gezondheid en maatschappelijke participatie

Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014

Gezondheid en maatschappelijke participatie

Themarapport
Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014

Redactie

M.M. Harbers

N. Hoeymans

Auteurs

A.H. de Boer (SCP)

K. van Brakel (UWV)

P.E.D. Eysink

H.H. Hamberg-van Reenen

M.M. Harbers

I. van der Heide

N. Hoeymans

M.M.Y. de Klerk (SCP)

S.A. Meijer

M. van der Noordt

N.A.M. Post

K.I. Proper

J.M.H. Ruijsbroek

A. Verweij

E.M. Zantinge

Gezondheid en maatschappelijke participatie

Dit themarapport is onderdeel van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014

Ontwerp
VijfKeerBlauw

Omslag
Hollandse Hoogte

Een publicatie van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1
3720 BA Bilthoven

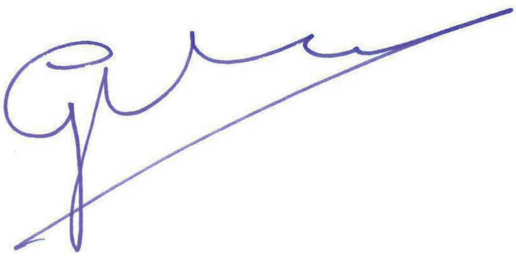
RIVM–rapportnummer: 010003001/2013
ISBN: 978 90 6960 999 7
NUR: 860

Voorwoord

Voor u ligt een zeer interessant rapport over gezondheid en maatschappelijke participatie. Een onderwerp dat mij na aan het hart ligt. Niet alleen vanuit mijn functie van voorzitter van patiëntenfederatie NPCF, maar ook vanuit de vaste overtuiging dat burgerschap, meedoen en meebeslissen in de maatschappij, voor iedereen geldt. Ook voor mensen die chronisch ziek of beperkt zijn. Patiënten- en gehandicaptenorganisaties maken zich er sterk voor dat er veel betere mogelijkheden komen voor mensen met een arbeidsbeperking om mee te doen, en om werk te vinden en te behouden. Het zijn onzekere tijden, ook voor mensen met gezondheidsproblemen. Komen er straks meer banen voor mensen met een arbeidsbeperking? Gaan ze voldoende verdienen om alle kosten op te brengen, nu eigen bijdragen hoger zijn en tegemoetkomingen wegvallen? Belangrijke vragen voor deze mensen, die wel graag willen werken en participeren, maar voor wie de mogelijkheden niet altijd vanzelfsprekend zijn.

Met dit rapport laat het RIVM zien dat chronisch zieken die zich gezond voelen, nauwelijks minder participeren dan mensen zonder ziekte. Een groot deel van de chronisch zieken heeft een betaalde baan of is op een andere manier maatschappelijk actief. Chronisch zieken participeren pas substantieel minder als zij ook beperkingen hebben of een verminderde gezondheid ervaren. Het onderzoek laat ook zien dat onderwijs- en arbeidsparticipatie de laatste jaren zijn toegenomen.

Dit is ook de koers die wij als maatschappij moeten nastreven. Uitgangspunt moet zijn wat mensen kunnen, en niet wat ze niet (meer) kunnen. Initiatieven die participatie als doelstelling hebben blijken hun vruchten af te werpen. Zo vinden er steeds meer prokkelstages plaats, waarbij mensen met een beperking meedoen in de dagelijkse bedrijvigheid van een organisatie. In mijn tijd als voorzitter van de Tweede Kamer had ik dankzij zo'n stage Noor aan mijn zijde, een jong meisje met een verstandelijke beperking. Haar enthousiasme en onbevangenheid hadden een positief effect op de medewerkers en op de Kamerleden. Het houdt een spiegel voor en laat zien hoe belangrijk het is dat we als samenleving al het talent en enthousiasme benutten dat er is. En vooral hoe meer mensen van elkaar verschillen, hoe boeiender het wordt.



Gerdi A. Verbeet
Voorzitter Patiëntenfederatie NPCF

Inhoud

Kernboodschappen

Gezondheid is van belang voor participatie

Meeste mensen maatschappelijk actief, ook chronisch zieken
Vrijwel alle kinderen en jongeren van 4 tot 18 jaar gaan naar school. Dit geldt ook voor kinderen met een chronische ziekte of minder goede gezondheid. Driekwart van de volwassenen (25-64 jaar) heeft een betaalde baan. Ook het grootste gedeelte van de chronisch zieken in deze leeftijdsgroep werkt. Verder werkt ongeveer de helft van de gedeeltelijk arbeidsongeschikten. Daarnaast zijn er in alle leeftijdsgroepen mensen die vrijwilligerswerk doen en/of informele zorg (mantelzorg) geven, vaak gecombineerd met een betaalde baan.

Wel participeren gezonde mensen meer dan mensen die minder gezond zijn
Een goede gezondheid bevordert participatie en een minder goede gezondheid vormt een drempel voor participatie. Zo werkt meer dan 80% van degenen met een goede ervaren gezondheid en/of geen beperkingen, tegenover ongeveer de helft van de mensen met een als minder goed ervaren gezondheid of met beperkingen. Een minder goede gezondheid is vooral belemmerend voor arbeidsparticipatie en veel minder voor onderwijs, vrijwilligerswerk en lidmaatschap van een vereniging. Het lijkt zelfs nauwelijks een drempel te vormen voor het geven van informele zorg. Verder is opvallend dat het hebben van een chronische ziekte op zichzelf niet sterk samenhangt met participatie. Met andere woorden: chronisch zieken die zich gezond voelen, participeren nauwelijks minder dan mensen zonder ziekte. Pas als een chronisch zieke zijn gezondheid als minder goed ervaart, of beperkingen of een verminderde mentale gezondheid heeft, is de participatie substantieel minder.

Op jongere leeftijd is gezondheid vooral van belang voor overgang van school naar werk
Een mindere goede gezondheid is voor kinderen en jongeren in relatief geringe mate van invloed op hun schoolloopbaan. Wel hebben jongeren met gedragsproblemen, emotionele problemen en middelenmisbruik een verhoogde kans om niet naar (een reguliere) school te gaan. Jongeren uit het speciaal onderwijs hebben meer moeite met het krijgen van werk na hun opleiding en hebben vaker een Wajong-uitkering. Een minder goede gezondheid is dus niet zozeer belemmerend voor onderwijsparticipatie, maar meer voor de kansen op werk daarna.

Goede gezondheid helpt ouderen om aan het werk te blijven, maar is niet genoeg om aan het werk te komen

Werkenden met gezondheidsproblemen lopen een groter risico uit het arbeidsproces te verdwijnen. De groep arbeidsongeschikten bestaat voor het merendeel uit mensen met psychische problemen of klachten aan het bewegingsapparaat. Eenmaal uit het arbeidsproces hebben vooral ouderen minder mogelijkheden om weer betaalde arbeid te vinden. Slechts weinig ouderen komen weer aan het werk, ook al zijn ze gezond. Gezondheid lijkt daarmee op oudere leeftijd wel een noodzakelijke, maar niet een voldoende voorwaarde voor arbeidsparticipatie.

Informele zorg en vrijwilligerswerk: gezondheid van ondergeschikt belang

Of mensen informele zorg geven, is afhankelijk van de vraag naar zorg bij een naaste. Vaak wordt het gezien als een morele verplichting. Als het nodig is, doen mensen het, ongeacht motivatie, vaardigheden of gezondheid. Bij vrijwilligerswerk spelen meerdere motieven een rol, zoals het opdoen van nieuwe vaardigheden, sociale contacten en je ergens bij betrokken voelen. De eigen gezondheid speelt bij zowel vrijwilligerswerk als informele zorg een relatief geringe rol.

Participatiegraad neemt toe

Onderwijs- en arbeidsparticipatie zijn de laatste jaren toegenomen, waarbij de arbeidsparticipatie onder oudere werknemers sterk toegenomen is. Wel is de arbeidsparticipatie onder werknemers jonger dan 45 jaar iets afgenomen, waarschijnlijk door de recente economische crisis. Het aantal mantelzorgers neemt licht toe. Dit geldt voor alle leeftijdsgroepen, ook voor de groep 55-64-jarigen. Toename in arbeidsparticipatie in deze leeftijdsgroep lijkt dus (nog) niet te leiden tot een daling in het aantal mantelzorgers.

Aantal oudere arbeidsongeschikten neemt ook toe

Van alle volwassenen (25-64 jaar) heeft ongeveer 8% een arbeidsongeschiktheidsuitkering, en onder oudere werknemers (55-64 jaar) is dit 15%. Opvallend is dat het aandeel ouderen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering stijgt. De afbouw van mogelijkheden om vervroegd uit het arbeidsproces te treden, heeft niet alleen geleid tot een stijging van de arbeidsparticipatie, maar mogelijk ook tot meer instroom van ouderen in een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Meer chronisch zieken én meer participatie: hoe kan dat?

In het afgelopen decennium zijn twee trends zichtbaar: zowel het aantal chronisch zieken als de participatiegraad zijn toegenomen. Dit lijken tegengestelde trends. Onze bevinding is echter dat vooral chronisch zieken die zich ongezond voelen, of beperkingen of een verminderde mentale gezondheid hebben, minder participeren. En daar zit de crux. De afgelopen periode is weliswaar het aantal mensen met een chronische ziekte gestegen, maar niet het aantal mensen dat zich ongezond voelt of beperkingen heeft. Dit kan verklaren dat zowel het aantal chronisch zieken als het aantal mensen dat participeert, toegenomen is.

Participatie is van invloed op de gezondheid

Onderwijsparticipatie, werk en vrijwilligerswerk zijn gezond

Onderwijsparticipatie, waarbij verzuim en voortijdig schoolverlaten minimaal is, leidt tot een hoger opleidingsniveau en hiermee tot een hogere sociaaleconomische positie. Dit leidt tot betere kansen in de

rest van het leven, inclusief betere kansen op gezondheid. Ook arbeid en mogelijk ook vrijwilligerswerk hebben over het geheel genomen positieve effecten op gezondheid.

Behalve bij blootstelling aan ongunstige arbeidsomstandigheden

Werken is niet altijd gezond. Er zijn ook ongunstige arbeidsomstandigheden. Zo kan blootstelling aan schadelijke stoffen en lawaai, een te hoge werkdruk en hoge fysieke belasting tot gezondheidsschade leiden. Deze ongunstige effecten lijken echter niet op te wegen tegen de gunstige effecten van werk op gezondheid. Tenminste, op populatieniveau. Voor groepen die zwaar of gevaarlijk werk doen en dus blootgesteld worden aan grotere arbeidsrisico's zal de balans minder gunstig uitpakken.

Mantelzorgers geven aan dat hun gezondheid achteruitgaat

Ook het geven van informele zorg (mantelzorg) kan leiden tot ongunstige effecten op de gezondheid. Eén op de vijf mantelzorgers vindt dat zijn gezondheid achteruit is gegaan door de mantelzorg. Dit zijn vooral de mantelzorgers die intensieve of complexe zorg bieden of die zorgen voor iemand met gedragsproblemen. Opvallend is dat ouderen met een parttimebaan even vaak informele zorg geven als ouderen zonder baan. Ouderen met een voltijdsbaan geven juist minder informele zorg.

Bevorderen van participatie

Behalve de eigen gezondheid zijn ook andere factoren van invloed op de participatiegraad. Deze factoren vormen aangrijpingspunten voor maatregelen en interventies om participatie van mensen met gezondheidsproblemen te bevorderen.

Bevorderen van participatie via wetten en regels door de overheid

Mogelijkheden om participatie te beïnvloeden, zijn voor een groot deel vastgelegd in wetten en regels. Mede door de leerplicht, de kwalificatieplicht en een aantal wetten die de participatie van jongeren met gezondheidsproblemen bevorderen (zoals de Wet speciaal onderwijs en leerlinggebonden financiering) is de onderwijsparticipatie hoog en het aantal voortijdig schoolverlaters dalende. Arbeidsparticipatie wordt bevorderd door wetgeving rondom vervroegde uittredingsregelingen en arbeidsongeschiktheid. Deze zijn in de loop van het afgelopen decennium steeds meer gericht op arbeidsparticipatie (naast inkomensbescherming). Verder zijn er subsidieregelingen die stimuleren dat werkgevers arbeidsgehandicapten of ouderen in dienst houden of nemen. Tot slot noemen we de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), een wet die mensen ondersteunt om hun rol in de samenleving te vervullen. De Wmo biedt bijvoorbeeld steun aan mensen met beperkingen en ondersteunt mantelzorgers door middel van materiële hulp, een financiële tegemoetkoming of respijtzorg.

Onderwijsparticipatie bevorderen: van fysieke toegankelijkheid tot ondersteuning

Er wordt veel geïnvesteerd in het mogelijk maken van een goede schoolloopbaan. De meeste kinderen met gezondheidsproblemen maken hun school dan ook af, al dan niet in het speciaal onderwijs. Naast wetten en regels wordt participatie van jongeren met gezondheidsproblemen bevorderd door voorzieningen, aanpassingen en begeleiding op school. Ook de deskundigheid van de leerkracht op het gebied van gezondheidsproblemen en hoe hier mee om te gaan, stimuleert onderwijsparticipatie. Over het bereik en de effectiviteit van de meeste maatregelen is echter weinig bekend.

Arbeidsparticipatie: voorkomen van verzuim en bevorderen van re-integratie
Onder jongeren is een minder goede gezondheid een belemmering voor de (toegang tot de) arbeidsmarkt. Zo komen veel jongeren uit het speciaal onderwijs direct in de Wajong. Extra aandacht is nodig om kwetsbare groepen voor te bereiden op de arbeidsmarkt. Daarbij zijn niet alleen scholen, maar ook de zorg en gemeenten aan zet.

Maatregelen gericht op de verbeterde samenwerking tussen werkgever, bedrijfsarts en behandelend arts zijn effectief gebleken om de arbeidsparticipatie bij mensen met psychische aandoeningen te bevorderen. Daarnaast zijn er interventies die bestaan uit een vorm van psychologische therapie, waarbij vooral de probeemoplossingstherapie effectief lijkt. Ook zijn er positieve ervaringen met interventies gericht op aanpassingen van de werkbelasting en maatregelen om sociale steun vanuit de werkomgeving te bevorderen.

Naast psychische aandoeningen zijn ook klachten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat een belangrijke reden voor verzuim en arbeidsongeschiktheid. Interventies om de fysieke belastbaarheid van deze groep werknemers te verhogen, bestaan uit lichamelijke oefeningen om pijn en functionele beperkingen te verminderen of uit (cognitieve) gedragstherapieën. Daarnaast bestaan er ergonomische en organisatorische interventies om de belasting te verlagen. Deze richten zich onder meer op de autonomie en sociale steun op de werkvloer, belangrijke determinanten van participatie. Veel van deze interventies vergroten de arbeidsparticipatie van werknemers met klachten aan het bewegingsapparaat.

Duurzame inzetbaarheid oudere werknemers: niet ontzien, maar stimuleren
Bij oudere werknemers gaat het vooral om het voorkomen van vervroegde uittreding en het bevorderen van langer doorwerken. Zoals gezegd, is het voor ouderen extra moeilijk om weer terug te keren in het arbeidsproces. Ruim 40% van de werkgevers heeft maatregelen getroffen om ouderen aan het werk te houden, vaak ontziemaatregelen (zoals extra vrije dagen en taakverlichting), soms stimuleringsmaatregelen (zoals omscholing, taakverbreding en gezondheidsbeleid). Ontziemaatregelen dragen echter bij aan een negatieve beeldvorming, een belemmering voor arbeidsparticipatie bij ouderen. Overigens zijn de meeste interventies niet specifiek gericht op ouderen, maar op alle werknemers. Duurzame inzetbaarheid begint immers al veel eerder.

Faciliteren vrijwilligerswerk en ondersteunen mantelzorgers
Informele zorg wordt gegeven als er een hulpbehoevende naaste is. De rol van de overheid is faciliterend en ondersteunend. De huidige beleidsontwikkelingen in de langdurige zorg leiden waarschijnlijk tot een toename van de vraag naar mantelzorg en vrijwilligerswerk. Om mantelzorgers te ondersteunen, zal het belang van de bestaande mogelijkheden voor werkenden om langdurig zorgverlof op te kunnen nemen groter worden. Ook ondersteuning van mantelzorgers, vooral zij die zwaar belast zijn, blijft van cruciaal belang. Niet alleen om ervoor te zorgen dat zij het volhouden, maar ook om de negatieve effecten op de gezondheid zo veel mogelijk te voorkomen. Er zijn verschillende interventies om het doen van vrijwilligerswerk door ouderen te bevorderen. Hierbij worden ouderen aangesproken op hun wensen, kwaliteiten en betekenis voor de samenleving. Informatie over de effectiviteit van bestaande interventies is nagenoeg afwezig.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Participatie is betekenisvol voor mensen
"Ondanks een gezondheidshandicap, wat je ook mag hebben, toch nog overal aan deel kunnen nemen." Zo verwoordde een van de deelnemers aan het onderzoek 'Nederlanders aan het woord over gezondheid en gezond leven' zijn kijk op gezondheid (Kooiker, 2011). Dit onderzoek laat zien dat voor veel mensen gezondheid in de eerste plaats betekent dat ze kunnen meedoen, participeren. Ze willen energie hebben om het leven aan te kunnen. Wanneer dat lukt, dan kunnen ook mensen met een ziekte zich gezond voelen en meedoen. In die zin staat participatie dan ook voor allerlei persoonlijke positieve aspecten, zoals zelfontplooiing, betrokkenheid en sociaal contact.

Participatie ook belangrijk voor de maatschappij
Participatie heeft daarnaast ook een maatschappelijk nut, hetzij direct, bijvoorbeeld door het verrichten van betaalde arbeid of vrijwilligerswerk, hetzij indirect door persoonlijke betrokkenheid bij de samenleving (RMO, 2008). Participatie is dus van belang zowel voor mensen zelf als voor de maatschappij als geheel. Dit laatste geldt bovendien niet alleen voor de samenhang in de maatschappij, maar ook voor de groei van de economie en de welvaart.

Gezondheid en participatie beïnvloeden elkaar
Een goede gezondheid vergemakkelijkt participatie, maar de relatie tussen gezondheid en participatie is wederzijds. Participatie kan ook van invloed zijn op de gezondheid, zowel in positieve als in negatieve zin. Zo kunnen slechte arbeidsomstandigheden de gezondheid schaden. Ook daarom is aandacht voor participatie van belang.

Focus op maatschappelijke participatie
In dit rapport ligt de focus op maatschappelijke participatie. Daaronder verstaan we vormen van participatie die van (economisch) belang zijn voor de maatschappij als geheel: opleiding, betaald werk, vrijwilligerswerk en informele zorg. Informele zorg en mantelzorg gebruiken we in dit rapport als

synoniemen. De keuze voor de focus op maatschappelijke participatie hangt samen met het doel van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014 (VTV-2014). Dit themarapport wordt uitgebracht in de context van de VTV-2014. Anders dan in vorige edities zal deze VTV meer aandacht besteden aan kosten én baten van gezondheid en gezondheidszorg, waarbij maatschappelijke participatie gezien wordt als een van de belangrijkste baten (Hoeymans et al., 2011).

De nieuwe editie van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning verschijnt in het voorjaar van 2014. De VTV-2014 zal, net als eerdere edities, een up-to-date overzicht geven van de volksgezondheid in Nederland. Dit wil zeggen dat de VTV op basis van de meest recente informatie over trends, verschillen en internationale vergelijkingen in gezondheid, preventie en zorg, zal laten zien hoe de volksgezondheid in Nederland er voor staat. De gedetailleerde basisinformatie onder de VTV-2014 wordt ontsloten op enkele websites: Nationaal Kompas Volksgezondheid, Nationale Atlas Volksgezondheid, Zorggegevens en Loketgezondleven.nl. De informatie uit dit rapport zal, waar relevant, ook op deze websites te vinden zijn. Zie bijvoorbeeld: www.nationaalkompas.nl/participatie.

1.2 Doel en onderzoeksvragen

Dit themarapport wil inzicht geven in beide richtingen van de relatie tussen gezondheid en maatschappelijke participatie. Enerzijds: In hoeverre beïnvloedt gezondheid maatschappelijke participatie? Hoe kunnen we de participatie van mensen met gezondheidsproblemen bevorderen? En wat kunnen we daarbij leren van mensen die ondanks hun gezondheidsproblemen toch participeren?

Anderzijds: Wat levert participatie op voor de gezondheid? En wanneer is participeren niet meer gezond? Hoe kunnen we dan zorgen dat mensen op een gezonde manier kunnen blijven participeren zodat dit zowel ten goede komt aan hun eigen economisch en sociaal welzijn als aan de maatschappij als geheel?

Nu het aantal mensen met een chronische aandoening nog verder toe zal nemen (van der Lucht & Polder, 2010) en door de vergrijzing ook de participatie van ouderen steeds belangrijker wordt, worden deze vragen steeds urgenter. In dit themarapport onderzoeken we daarom deze thema's voor meerdere vormen van participatie in verschillende levensfasen: kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen. Dat doen we aan de hand van de volgende vijf onderzoeksvragen:

1. Hoeveel mensen participeren op welk terrein?
2. Wat is de invloed van gezondheid op maatschappelijke participatie?
3. Wat is de invloed van maatschappelijke participatie op gezondheid?
4. Welke factoren zijn van invloed op de maatschappelijke participatie van mensen met gezondheidsproblemen?
5. Welke maatregelen kunnen worden ingezet om de maatschappelijke participatie van mensen met gezondheidsproblemen te bevorderen?

Om de tweede vraag te beantwoorden, bekijken we in hoeverre mensen met een minder goede gezondheid minder participeren op verschillende maatschappelijke terreinen, en welke aspecten van gezondheid en ziekte daarbij van belang zijn. De derde vraag van dit themarapport beantwoorden we

door in kaart te brengen wat er bekend is over de invloed van participatie op gezondheid. Daarbij gaat het om positieve, maar ook om negatieve effecten. Voor de beantwoording van de vierde vraag beschrijven we de invloed van verschillende belemmerende en stimulerende factoren op participatie bij mensen met gezondheidsproblemen. Vervolgens geven we bij de vijfde vraag een overzicht van de maatregelen of interventies die aangrijpen op de gevonden factoren en dus mogelijkheden bieden om participatie te bevorderen. En zo mogelijk geven we daarbij ook aan wat bekend is over het bereik en de effecten van deze maatregelen.

1.3 Beleidscontext

Het belang van maatschappelijke participatie vindt zijn weerslag in het beleid van het kabinet-Rutte-Asscher. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het regeerakkoord en de uitwerking daarvan door de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW).

Regeerakkoord: iedereen moet bijdragen naar vermogen
In het regeerakkoord schrijft het kabinet-Rutte-Asscher dat iedereen naar vermogen zal moeten bijdragen om de rekening van de crisis te betalen (Regeerakkoord, 2012). Alle regelingen zullen zo worden ingericht, dat ze houdbaar en toegankelijk blijven nu de vergrijzing toeneemt en de beroepsbevolking daalt. Daarom gaat de AOW-leeftijd vanaf 2013 stapsgewijs omhoog en wil het kabinet de AOW-leeftijd sneller verhogen naar 66 jaar in 2018 en 67 jaar in 2021. De financiële houdbaarheid van voorzieningen is ook een belangrijk aandachtspunt op het terrein van de langdurige zorg en de welzijnszorg. Ook wil het kabinet op het terrein van de zorg een omslag maken naar meer maatwerk, meer zorg in de buurt en meer samenwerking tussen de verschillende aanbieders. De focus ligt daarbij op voorzieningen waarvoor mensen zelf geen alternatieven in eigen kring kunnen regelen.

Participatie krijgt een meer prominente plaats in VWS-beleid
De afspraken in het regeerakkoord op het terrein van de zorg zijn vervolgens in de gezamenlijke brief van de minister en staatssecretaris van VWS ‘Van systemen naar mensen’ verder uitgewerkt (VWS, 2013a). De kern daarin is een omslag van het denken in systemen naar het denken in mensen. Er zijn niet alleen grote verschillen tussen mensen in termen van gezondheid, maar ook in hun sociale omgeving en in de mate waarin zij in staat zijn zelf hun leven in te richten. “De menselijke maat kan en moet terug in de zorg. Daarbij moet ook gekeken worden naar of mensen wel echt zorg nodig hebben. Het is lang niet altijd zo dat mensen die ziek zijn, ook echt zorgbehoevend zijn. Mensen kunnen veel meer zelf dan er nu vaak gedacht wordt. Participatie, meedoen in de samenleving, moet een meer prominente plaats hebben in ons beleid en in de praktijk” (VWS, 2013a).

Groter beroep op mantelzorgers en vrijwilligers
Het kabinet streeft naar een situatie waarin mensen in eerste instantie zelf en met hun sociale omgeving een oplossing proberen te vinden voor hun behoefte aan ondersteuning. De veronderstelling hierachter is dat ondersteuning en zorg nu te vaak onnodig worden overgenomen door professionals (medicalisering), waardoor mensen te afhankelijk van zorg worden gemaakt. Bovendien wordt in Nederland, vergeleken met andere landen, een relatief groot deel van de langdurige zorg publiek

gefinancierd. Daarom zullen mensen die een beroep willen doen op de langdurige zorg aangesproken worden op wat zij samen met hun sociale omgeving kunnen doen. Van de samenleving als geheel vraagt dit meer betrokkenheid en zorg voor elkaar. In een meer betrokken samenleving zullen mantelzorgers en vrijwilligers onmisbaar zijn (VWS, 2013b).

Preventie: gezonde bevolking draagt bij aan vitale samenleving
Niet alleen vanuit de zorg, maar ook vanuit de preventiehoek is er aandacht voor het thema participatie. In het voorjaar van 2013 stuurden de beide bewindslieden van VWS de opzet voor een Nationaal Programma Preventie (NPP) naar de Kamer (VWS, 2013c). Uitgangspunten hierbij zijn: “Gezondheid is belangrijk voor de kwaliteit van het leven van mensen. Naast deze belangrijke intrinsieke waarde heeft gezondheid ook maatschappelijk nut: een vitale samenleving heeft baat bij een gezonde bevolking, waarin zo veel mogelijk mensen participeren en duurzaam inzetbaar zijn.”

Arbeidsparticipatie van ouderen en mensen met gezondheidsproblemen van belang
Het kabinet vindt het vergroten van de (brede) inzetbaarheid cruciaal voor het goed functioneren van de arbeidsmarkt. Dit betekent van jongs af aan investeren in gezondheid, scholing en mobiliteit. Als de economie weer aantrekt en het personeelsaanbod door de vergrijzing krimpt, is het belangrijk dat werknemers in goede gezondheid door kunnen werken tot aan de (oplopende) pensioenleeftijd. ‘Iedereen die kan werken gaat werken’, is het devies. Daarbij gaat het niet alleen om een toename van de arbeidsparticipatie van ouderen, maar ook om die van mensen met een arbeidsbeperking (SZW, 2013). De Nederlandse overheid zet zich dan ook in om de arbeidsparticipatie van ouderen en mensen met een arbeidsbeperking te bevorderen.

Extra aandacht voor jongeren
Ook de arbeidsparticipatie van jongeren krijgt extra aandacht (SZW, 2013). In 2013 is de werkloosheid onder jongeren twee keer zo hoog als de gemiddelde werkloosheid. Met het afronden van een opleiding die hen voorbereidt op de arbeidsmarkt (startkwalificatie) vergroten jongeren – met en zonder gezondheidsproblemen – hun kansen op werk. Het kabinet gaat er daarbij van uit dat meer startkwalificaties bovendien lagere kosten in de zorg betekenen, omdat mensen met alleen basisschool of voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs (vmbo) hogere zorgkosten hebben. Het kabinet streeft naar een verdere verlaging van de schooluitval: in 2016 maximaal 25.000 nieuwe voortijdig schoolverlaters (OCW, 2013a). Niet alleen het afronden van een opleiding is belangrijk voor de kansen op werk; de opleiding moet ook goed aansluiten op de arbeidsmarkt. Daarom is een soepele overgang van school naar werk ook één van de thema’s bij de invoering van de Wet kwaliteit (voortgezet) speciaal onderwijs in 2013 en van de Wet passend onderwijs in 2014 (OCW, 2012a) (zie ook *hoofdstuk* 2, *paragraaf* 2.4.1).

1.4 Definitie en afbakening van participatie en gezondheid

Het themarapport gaat over de relatie gezondheid en maatschappelijke participatie. In deze paragraaf worden beide begrippen nader toegelicht. Ook gaan we hier in op het ICF-raamwerk, het raamwerk dat we gebruiken om de relatie tussen gezondheid en participatie inzichtelijk te maken en de factoren die deze relatie beïnvloeden te ordenen. De ICF, ofwel de International Classification of Functioning,

Disability and Health, is een classificatie voor het beschrijven van het functioneren van mensen, inclusief factoren die op dat functioneren van invloed zijn.

Ziekten en gezondheid

Gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekten. Een nieuw ontwikkelde definitie van gezondheid luidt: 'the ability to adapt and selfmanage' (Huber et al., 2011). Gezondheid wordt daarbij opgevat als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Het richt zich dus niet louter op de toestand van 'compleet welbevinden', zoals centraal staat in de huidige definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO).
Op basis van de nieuwe definitie van gezondheid is het niet zozeer de ziekte zelf, als wel de gevolgen van ziekten en hoe mensen met deze gevolgen om kunnen gaan, die bepalend zijn voor participatie. Daarom kijken we in dit rapport niet alleen naar de relatie tussen participatie en chronische ziekte maar ook naar de relatie tussen participatie en beperkingen (moeite met activiteiten van het dagelijks leven, zoals lopen en zichzelf wassen), de mentale gezondheid (gevoelens van kalmte, rust dan wel zich neerslachtig en somber voelen) en ervaren gezondheid.

Maatschappelijke participatie

Vaak wordt maatschappelijke participatie simpelweg aangeduid als 'meedoen in de samenleving'. Een algemene definitie geven van het begrip participatie is dan ook niet zo moeilijk. Discussie ontstaat echter over de invulling van het woord 'meedoen'. Dit varieert van enige vorm van betrokkenheid bij de maatschappij, bijvoorbeeld in de vorm van lezen van kranten, tot actief deelnemen aan activiteiten buitenshuis, zoals betaalde arbeid. Daarbij worden meerdere indelingen gehanteerd, waaronder participatie naar setting (zoals sport, arbeid en onderwijs), participatie naar mate van inzet deelnemer (actief of passief) en participatie naar mate van betrokkenheid. Deze laatste indeling is bijvoorbeeld uitgewerkt door Levasseur en collega's, die verschillende niveaus van participatie onderscheiden, oplopend in mate van betrokkenheid bij anderen in het doen van sociale activiteiten (activiteiten voor zichzelf, met anderen, of voor anderen) (Levasseur et al., 2010).

In dit rapport definiëren we maatschappelijke participatie als het actief meedoen aan activiteiten die bijdragen aan de maatschappij. Dit is een combinatie van het maatschappelijke domein en de mate van inzet van de deelnemer. In de niveaus van betrokkenheid gaat het vooral om activiteiten die tot doel hebben anderen te helpen en die bijdragen aan de maatschappij (vrijwilligerswerk, informele zorg, onderwijs en arbeid). Zoals eerder aangegeven, hangt deze keuze samen met het doel van de VTV-2014. Vanwege de aandacht voor maatschappelijke baten van gezondheid in de VTV-2014 gaat het primair om vormen van betrokkenheid waar de maatschappij als geheel belang bij heeft. Zo zijn activiteiten op het gebied van scholing, werk, informele zorg en vrijwilligerswerk van belang vanwege hun direct aanwijsbaar (toekomstig) maatschappelijk nut. Van enkele andere vormen van participatie (lidmaatschap van een vereniging of sportvereniging) beschrijven we wel hoeveel mensen hierin participeren en of dit samenhangt met de gezondheid, maar gaan we niet in op interventies om participatie te bevorderen.

Het begrip participatie wordt ook vaak gebruikt in de context van meedoen aan het ontwikkelen van beleid. Burgerparticipatie, patiëntenparticipatie en jeugdparticipatie zijn allemaal begrippen die hiernaar verwijzen. Deze aspecten komen deels aan de orde in het VTV-2014-themarapport over de rol van de burger in preventie en zorg.

Participatie en sociale uitsluiting

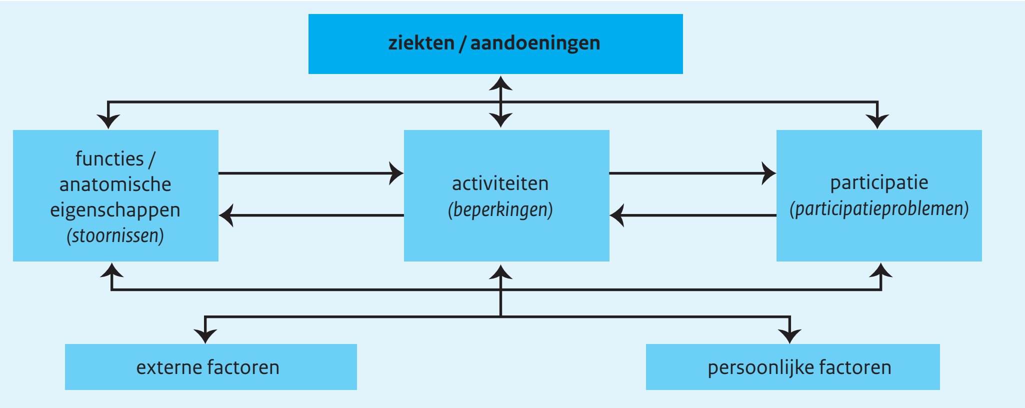
Gebrek aan participatie is één van de vier dimensies van sociale uitsluiting (Jehoel-Gijsbers et al., 2008). Dit rapport belicht verschillende groepen die kwetsbaar zijn voor sociale uitsluiting. Het gaat dan bijvoorbeeld om voortijdig schoolverlaters en mensen die geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn, zoals mensen die recht hebben op een Wajong- of WIA-uitkering. Maar ook mensen met gezondheidsproblemen, die niet afhankelijk zijn van een uitkering zijn mogelijk kwetsbaar voor sociale uitsluiting. Van deze groepen laten we zien in hoeverre zij minder mogelijkheden hebben om te participeren. Door de komst van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is de aandacht voor de participatie van kwetsbare mensen sterk toegenomen (van Houten & Winsemius, 2010). In deze wet staat dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor de maatschappelijke ondersteuning in Nederland. Onder maatschappelijke ondersteuning vallen activiteiten die zorgen dat mensen kunnen meedoen in de samenleving (www.invoeringwmo.nl).

ICF-raamwerk

Bij de beschrijving van de relatie tussen maatschappelijke participatie en gezondheid gebruiken we het ICF-raamwerk (zie *Figuur 1.1*) (ICF, 2002). Volgens de ICF leiden gezondheidsproblemen niet per definitie tot participatieproblemen. Naast medische factoren (de ziekte, de aandoening of het letsel dat iemand heeft) en de mate van beperkingen bij activiteiten die deze factoren met zich meebrengen, zijn namelijk ook persoonlijke factoren en externe factoren van invloed op participatie. Bij externe factoren gaat het bijvoorbeeld om omstandigheden op het werk, op school of in de zorg die de participatie kunnen beïnvloeden. Ook de sociale omgeving kan van invloed zijn. Bij persoonlijke factoren gaat het om factoren die samenhangen met de persoon, dat wil zeggen persoonlijke eigenschappen, gedrag of demografische eigenschappen.

Het bovenste deel van het ICF-raamwerk geeft de relatie tussen ziekten, functies, anatomische eigenschappen, beperkingen bij activiteiten en participatie weer. Deze relatie beschrijven we in de paragrafen over de invloed van gezondheid op participatie en de paragrafen over de invloed van participatie op gezondheid, waarbij de focus ligt op ziekten en beperkingen.
In het ICF-raamwerk vallen activiteiten zoals het zich verplaatsen in en rondom het huis in het middelste blok met de beperkingen bij activiteiten (zie *Figuur 1.1*). Zulke activiteiten geven een indruk van de zelfredzaamheid van een persoon en behoren volgens sommige definities ook tot participatie. Volgens het ICF-raamwerk is zelfredzaamheid echter een persoonlijke factor die participatie kan belemmeren of juist faciliteren.

Figuur 1.1: Het algemene ICF-schema (ICF, 2002).



1.5 Doelgroepen

Het RIVM maakt dit rapport in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), dat daarmee de primaire doelgroep is. Daarnaast is de informatie bedoeld voor beleidsmakers bij het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW). Het rapport biedt informatie op hoofdlijnen die input kan leveren bij het vormgeven van het (integrale) gezondheidsbeleid, het beleid op het gebied van duurzame inzetbaarheid en het beleid om schooldeelname en schoolprestaties te bevorderen van kinderen met gezondheidsproblemen. Om deze redenen zijn beleidsmedewerkers van de drie ministeries betrokken in de beleidsadviesgroep van dit rapport (zie *Bijlage 1*). Daarnaast is de informatie voor meer doelgroepen bruikbaar. Zo kunnen gemeenten er inspiratie uithalen voor het vormgeven van het lokale beleid op het gebied van gezondheid en maatschappelijke ondersteuning.

1.6 Opbouw van het rapport

Drie levensfasen

Gedurende het leven dragen mensen op verschillende manieren bij aan de maatschappij. Kinderen en jongeren volgen onderwijs en investeren daarmee in hun latere leven. Daarnaast zijn er voor hen nog andere vormen van participatie van belang; denk aan sportparticipatie en sociale contacten. Ook komt een deel van de mantelzorg bij jongeren terecht. Een groot deel van de volwassenen werkt, doet vrijwilligerswerk, zorgt voor naasten en is op tal van andere terreinen maatschappelijk actief. Op oudere leeftijd maakt betaalde arbeid plaats voor andere vormen van maatschappelijke participatie en uiteindelijk voor een afname van actieve participatie. In dit themarapport laten we voor elke levensfase de veelheid aan participatievormen zien, waarbij de relatie met gezondheid centraal staat. Vervolgens zoomen we in op participatievormen die per leeftijdsfase dominant zijn.

Overigens is de grens tussen de levensfasen niet strak te trekken. De eerste levensfase kan wel tot 25 jaar lopen, de tweede al bij 15 jaar beginnen. De derde levensfase omvat de overgang van werk naar de periode daarna. Voor sommigen begint deze levensfase al bij 55 jaar, voor anderen later. Na het 75e levensjaar neemt de participatie langzaam af. In deze fase gaat het om een toenemende behoefte aan (informele) zorg, om het behoud van kwaliteit van leven en uiteindelijk om een menswaardig einde van het leven.

Grofweg lopen de levensfasen als volgt:
- kinderen en jongeren: 0 tot 25 jaar;
- volwassenen: 15 tot 65 jaar;
- ouderen: 55 tot 75 jaar en 75-plussers.

Leeswijzer
Het rapport beschrijft de relatie tussen gezondheid en maatschappelijke participatie per levensfase in *hoofdstuk* 2 (kinderen en jongeren), *hoofdstuk 3* (volwassenen) en *hoofdstuk 4* (ouderen). Elk hoofdstuk kent eenzelfde opbouw. Ieder hoofdstuk start met een overzicht van de participatie op verschillende terreinen in de betreffende levensfase (*paragraaf* 1). Dus hoeveel jongeren gaan naar school? Hoeveel mensen werken, doen vrijwilligerswerk of verlenen informele zorg? Daarna (*paragraaf* 2) kijken we hoe de participatie verschilt tussen mensen zonder en mensen met verschillende gezondheidsproblemen, zoals chronisch zieken, mensen met beperkingen bij activiteiten of mensen met een minder goede mentale gezondheid. Ook lidmaatschap van een vereniging of sportvereniging krijgt in de eerste twee paragrafen een plek.

De hoofdstukken over volwassenen en ouderen vervolgen met een paragraaf (*paragraaf 3*) over het effect van participatie op gezondheid. Hoe of in hoeverre draagt participatie bij aan gezondheid? Hier zoomen we in op specifieke terreinen die dominant zijn per levensfase. Daarna geeft elk hoofdstuk een beschrijving van factoren die van invloed zijn op maatschappelijke participatie bij mensen met gezondheidsproblemen en maatregelen die participatie in deze groepen bevorderen. Ook in deze twee paragrafen zoomen we in op de dominante vormen van participatie in de specifieke leeftijdsgroepen.

Hoofdstuk 5 biedt een synthese. Dit laatste hoofdstuk van het rapport begint met een beschrijving van participatie en de samenhang met gezondheid over de levensfasen heen, gebaseerd op de eerdere paragrafen. Verder zullen we hier de belangrijkste boodschappen voor de verschillende doelgroepen formuleren. Ook geven we aan welke kennishiaten er zijn. We sluiten af met de aanbevelingen voor beleid.

1.7 Werkwijze

Participatie en gezondheid op basis van data-analyses
De eerste en tweede paragraaf van ieder hoofdstuk zijn grotendeels gebaseerd op de volgende gegevensbronnen:

- Aanvullend Voorzieningengebruikonderzoek uit 2007 van het Sociaal en Cultureel Planbureau (AVO 2007);
- Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM, 2012 (Gezondheidsmonitor 2012);
- StatLine, elektronische databank van het Centraal Bureau voor de Statistiek;
- Gegevensbestanden van het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (in samenwerking met het UWV).

Toelichting bronnen
Cijfers over participatie (onderwijs, arbeid, arbeidsongeschiktheid) in Nederland zijn zo veel mogelijk afkomstig van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV). Hiervoor zijn de meest recente gegevens gebruikt (over het algemeen uit 2012). Om de relatie tussen gezondheid en participatie te beschrijven, hebben we secundaire data-analyses gedaan op gegevensbronnen waarin zowel voldoende informatie over gezondheid en ziekte als voldoende informatie over participatie beschikbaar was. Het Aanvullend Voorzieningengebruikonderzoek (AVO) 2007 van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) voldeed hieraan. Deze bron is ook gebruikt voor cijfers over de participatie in vrijwilligerswerk en lidmaatschap van een (sport)vereniging. Tijdens het maken van het rapport kwam er nog een databron beschikbaar: de Gezondheidsmonitor van GGD'en, CBS en RIVM uit 2012. De Gezondheidsmonitor leverde recente cijfers voor mantelzorg en arbeids-participatie. Voor zover mogelijk zijn de analyses die uitgevoerd zijn op AVO herhaald op deze nieuwe bron. Dit onderving ook het nadeel van de AVO, namelijk dat de gegevens relatief oud zijn.

De analyses naar de relatie tussen gezondheid en participatie op basis van het AVO 2007 en de Gezondheidsmonitor 2012 betroffen cross-sectionele analyses. Daarmee kunnen we de samenhang tussen gezondheid en participatie beschrijven. De resultaten zeggen echter niks over de richting van het effect. Daarom hebben we deze informatie aangevuld met informatie uit enkele longitudinale studies over de invloed van gezondheid op participatie. Voor ouderen zijn aanvullende analyses uitgevoerd op gegevens uit de LASA studie (Longitudinal Ageing Study Amsterdam) naar de effecten van gezondheid op arbeidsparticipatie.

Literatuuronderzoek en enquête Informele Hulp
Voor de beschrijving van de effecten van maatschappelijke participatie op gezondheid, de determinanten die van invloed zijn op maatschappelijke participatie van mensen met gezondheidsproblemen en maatregelen om participatie te bevorderen, hebben we bestaande kennis uit de grijze en wetenschappelijke literatuur bij elkaar gebracht. Onder grijze literatuur verstaan we bijvoorbeeld rapporten van overheidsinstanties of onderzoeksinstituten. Een uitzondering is *paragraaf 4.3.1* over de impact van informele zorg op gezondheid van ouderen. Deze is geschreven door het SCP en gebaseerd op statistische analyses op cross-sectionele gegevens uit de enquête Informele Hulp, aangevuld met informatie uit literatuur. Daarnaast hebben we voor de paragraaf over de effecten van werken op

gezondheid (*paragraaf 3.3.1*) een systematisch onderzoek van de internationale wetenschappelijke literatuur uitgevoerd, waarbij we ook de methodologische kwaliteit van de onderzochte studies hebben meegenomen.

Meer informatie over de methodologie staat in de afzonderlijke hoofdstukken en in *Bijlage 4*.

Adviescommissies
Het rapport is tot stand gekomen onder begeleiding van twee adviescommissies. De beleidsadviesgroep (BAG) was verantwoordelijk voor de beleidstoetsing. Deze groep bestond uit beleidsmedewerkers van verschillende beleidsdirecties binnen VWS en van de ministeries van OCW en SZW. De BAG droeg bij aan de beleidsrelevantie en de bruikbaarheid van het rapport voor deze ministeries. De wetenschappelijke toetsing vond plaats in de wetenschappelijke adviescommissie (WAC). De samenstelling van deze twee adviescommissies is te vinden in *Bijlage 1*.

2 Participatie van kinderen en jongeren

Onderwijsloopbaan als basis voor werkende leven
Kinderen en jongeren zitten in een levensfase waarin ze de basis leggen voor hun werkende leven. Het niveau waarmee jongeren hun 'onderwijsloopbaan' afsluiten is van invloed op hoe sterk ze in de arbeidsmarkt staan. De landelijke overheid wil dat zo veel mogelijk jongeren ten minste een startkwalificatie halen, oftewel een diploma op minimaal het niveau van voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (vwo), hoger algemeen voortgezet onderwijs (havo) of middelbaar beroepsonderwijs niveau 2 (mbo) (OCW, 2013a). Met een startkwalificatie heeft een jongere meer kans op een goede baan.

Gezondheidsproblemen kunnen de onderwijsloopbaan van een kind of jongere belemmeren. Het risico bestaat dat een leerling door ziekte of door de sociale en psychische gevolgen daarvan bijvoorbeeld langere tijd niet naar school kan. Ook kunnen onderwijsvoorzieningen minder toegankelijk zijn voor leerlingen met beperkingen. Dergelijke belemmeringen kunnen het niveau waarop de leerling zijn schoolloopbaan afsluit beïnvloeden, en daarmee ook zijn kansen op de arbeidsmarkt (zie ook NJi Dossier Voor- en vroegschoolse educatie, 2013). Daarnaast kan een lager opleidingsniveau leiden tot een slechtere gezondheid op volwassen leeftijd. Uit longitudinaal onderzoek blijkt namelijk dat een hoger opleidingsniveau, via 'tussenliggende factoren' leidt tot een betere gezondheid later in het leven. Deze tussenliggende factoren zijn risicofactoren voor ziekte en sterfte die vaker voorkomen in de lagere sociaaleconomische groepen, zoals een minder gezonde leefstijl en minder gunstige werk- en woonomstandigheden (causatiemechanisme) (Programmacommissie SEGV-II, 2001; Suhrcke & de Paz Nieves, 2011; Cutler & Lleras-Muney, 2006; Lundborg, 2008).

Dit hoofdstuk geeft zicht op de onderwijsparticipatie van kinderen en jongeren met gezondheids-problemen. We gaan achtereenvolgens in op de volgende vragen:

1. Hoeveel kinderen en jongeren participeren op welk terrein?
2. Wat is de invloed van gezondheid op de onderwijsparticipatie van kinderen en jongeren?

3. Welke factoren zijn van invloed op de onderwijsparticipatie van kinderen en jongeren met gezondheidsproblemen?
4. Welke maatregelen kunnen worden ingezet om de onderwijsparticipatie van kinderen en jongeren met gezondheidsproblemen te bevorderen?

Focus op onderwijsparticipatie en overgang naar werk bij gezondheidsproblemen
Hoewel we ook kort de participatie van kinderen en jongeren op het gebied van vrijwilligerswerk, informele zorg en lidmaatschap van (sport)vereniging beschrijven, ligt de focus van dit hoofdstuk op participatie in het onderwijs van kinderen en jongeren van 4 tot 25 jaar met gezondheidsproblemen en de aansluiting op de arbeidsmarkt. Gezondheidsproblemen van deze leerlingen kunnen fysiek en psychisch van aard zijn; beide typen zijn in dit hoofdstuk meegenomen. We beschrijven ook gezondheidskenmerken van leerlingen in het speciaal onderwijs en van jongeren die na hun onderwijsloopbaan geen aansluiting kunnen vinden op de arbeidsmarkt en onder de Wajong-regeling vallen. Daarmee krijgen we zicht op welke typen gezondheidsproblemen een verhoogd risico op problemen in de overgang van opleiding naar werk met zich meebrengen.

Leeswijzer
Paragraaf 2.1 gaat in op participatie van kinderen en jongeren op verschillende terreinen. *Paragraaf 2.2* beschrijft de participatie van kinderen en jongeren met gezondheidsproblemen vergeleken met kinderen en jongeren zonder gezondheidsproblemen. *Paragraaf 2.3* gaat in op factoren die van invloed zijn op de onderwijsparticipatie van kinderen en jongeren met gezondheidsproblemen. Tot slot geeft *paragraaf 2.4* een overzicht van typen maatregelen die worden ingezet om de onderwijsparticipatie van kinderen en jongeren met gezondheidsproblemen te stimuleren.

2.1 De participatie van kinderen en jongeren

Hoofdpunten

Bijna alle kinderen van 4 tot 18 jaar gaan naar school en van de 18- tot 25-jarigen volgt nog 58% onderwijs. Bijna 2% van de jongeren gaat naar het speciaal onderwijs. Hoewel het aantal nieuwe voortijdig schoolverlaters sinds 2002/2003 gehalveerd is, waren er in het schooljaar 2010/2011 nog altijd 39.100 nieuwe voortijdig schoolverlaters (3%). Dit zijn jongeren onder de 23 jaar die het onderwijs verlaten zonder startkwalificatie, dat wil zeggen zonder diploma op minimaal havo/vwo- of mbo-2-niveau. In 2011 zaten in totaal 150.000 jongeren van 15 tot 25 jaar (7,5%) niet meer op school en waren ook niet in het bezit van een startkwalificatie.

Twee derde van de jongeren van 15 tot 25 jaar had in 2011 een (bij)baan van één uur of meer per week, vaak gecombineerd met het volgen van onderwijs. Een derde doet vrijwilligerswerk. Ook verricht één op de tien 19- tot 25-jarigen informele zorg. Van de jongeren van 18 tot 25 jaar heeft 5% een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Een groot deel van de jongeren uit het speciaal onderwijs of het praktijkonderwijs komt, of rechtstreeks, of via een vervolgopleiding of poging tot werken, in de Wajong. De instroom in de Wajong is sinds 2001 behoorlijk gestegen. Na 2010 is aan deze stijging echter een einde gekomen.

Deze paragraaf gaat in op de participatiegraad van kinderen en jongeren. We kijken daarbij naar onderwijsdeelname, arbeidsparticipatie, vrijwilligerswerk, informele zorg en lidmaatschap van een vereniging of sportvereniging. Ook besteden we aandacht aan jongeren in het speciaal onderwijs en aan jongeren met een Wajong-uitkering. Voor het beschrijven van de participatiegraad hebben we gebruikgemaakt van de meest recente beschikbare bron met gegevens voor alle levensfasen. Een uitgebreid overzicht van de gebruikte indicatoren en bronnen staat in *Bijlage 3*.

Bijna alle kinderen van 4 tot 18 jaar gaan naar school
In het schooljaar 2011/2012 ging 98% van de 4- tot 12-jarigen naar school (zie *Tabel* 2.1). Ook tussen de 12 en de 18 jaar is de onderwijsdeelname hoog, met ongeveer 95%. Van de 18- tot 25-jarigen volgt nog 58% onderwijs (CBS, 2013a). Tussen 1990 en 2011 is de onderwijsdeelname per leeftijdscategorie toegenomen. Zo is het aantal 20-jarigen dat deelneemt aan het onderwijs gestegen van 46% in 1990 naar 69% in 2012/2013 (zie *Figuur* 2.1).

Het hoge percentage 4- tot 18-jarigen dat naar school gaat, is niet verrassend gezien de leerplicht voor kinderen van 5 tot 16 jaar en de kwalificatieplicht voor jongeren van 16 tot 18 jaar (zie *paragraaf* 2.4). Kinderen die op grond van lichamelijke en/of psychische kenmerken niet in staat zijn om onderwijs te volgen, jongeren die in het buitenland onderwijs volgen en jongeren die overwegende bedenkingen hebben tegen de richting van het onderwijs dat binnen redelijke afstand van hun woning ligt, zijn vrijgesteld van de leerplicht.

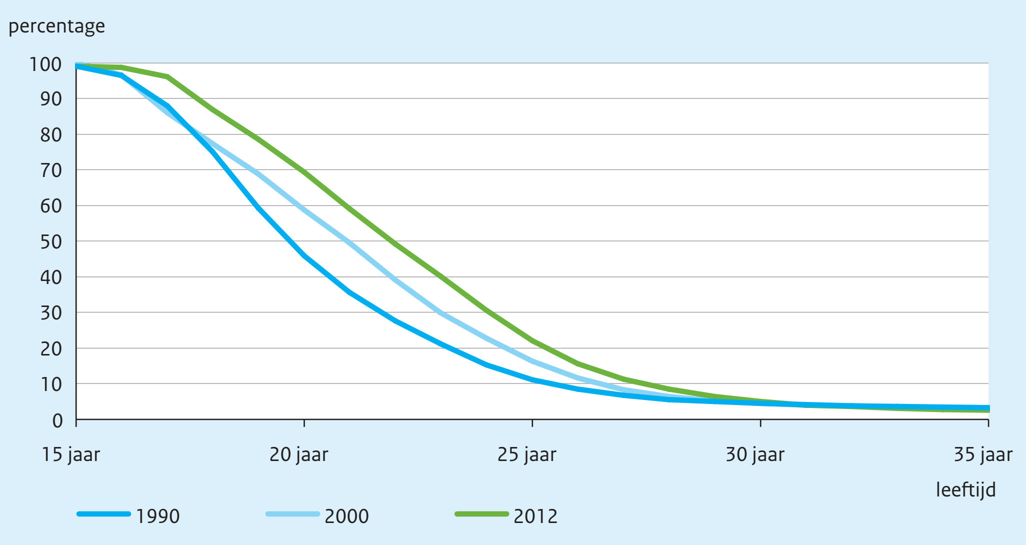
Tabel 2.1: Percentage kinderen en jongeren dat naar school gaat en percentage voortijdig schoolverlaters, naar leeftijd (Bron: CBS StatLine 2013).

	4-11	12-14	15-17	18-22	23-24	Totaal (leeftijd)	Jaar
Schooldeelname [a]	98	94	97	67	35	71 (4-24 jaar)	2011/2012
Voortijdig schoolverlater [b]	-	0,5	1,5	7,4	-	3,2 (<23 jaar)	2010/2011

[a] De cijfers over onderwijsdeelname zijn afkomstig van de Dienst Uitvoering Onderwijs (DUO). Voor primair onderwijs omvatten ze alle leerlingen die zijn ingeschreven in het door de overheid bekostigde basisonderwijs, speciaal basisonderwijs en op speciale scholen. Cijfers over het voortgezet onderwijs omvatten vwo, havo, vmbo, vrije school en het praktijkonderwijs.

[b] Het gaat hier om de nieuwe aanwas aan voortijdig schoolverlaters als het aandeel van het totaal aantal leerlingen binnen de leeftijdsgroep dat in een bepaald jaar onderwijs volgt. Een jongere is een nieuwe voortijdig schoolverlater als hij op 1 oktober van een schooljaar stond ingeschreven aan een onderwijstelling en op die datum ouder dan 11 maar nog geen 22 jaar was en vervolgens op 1 oktober van het daarop volgende jaar niet meer bij een instelling staat ingeschreven en geen startkwalificatie heeft.

Figuur 2.1: Deelname aan bekostigd onderwijs als percentage van de totale bevolking in 1990, 2000 en 2012, naar leeftijd (OCW, 2013b).



Bijna 2% van de jongeren gaat naar het speciaal onderwijs
Van de jongeren die onderwijs volgen, gaat een deel naar het speciaal onderwijs. Dit onderwijs is voor kinderen en jongeren met een handicap, chronische ziekte of stoornis. In het schooljaar 2011/2012 volgden 70.000 leerlingen speciaal onderwijs (CBS, 2013a) (zie *Tabel B5.1* in *Bijlage* 5). Van de 4- tot 12-jarigen ging 1,8% naar het speciaal onderwijs en van de 12- tot 25-jarigen was dat 1,6% (CBS, 2012).

Aantal leerlingen in voortgezet speciaal onderwijs toegenomen
In de afgelopen acht jaar is het aantal leerlingen in het speciaal basisonderwijs niet veranderd, terwijl het aantal leerlingen in het voortgezet speciaal onderwijs met 75% is toegenomen (CBS, 2012). Op scholen van het voortgezet speciaal onderwijs zijn ruim zeven van de tien leerlingen jongens. Op de cluster-4-scholen (onder andere voor zeer moeilijk opvoedbare kinderen) zijn dit er zelfs acht van de tien (zie *Tabel B5.1* in *Bijlage* 5).

Ook aantal leerlingen met 'rugzakje' in voortgezet onderwijs toegenomen
Kinderen met een handicap of stoornis kunnen ook naar een school voor regulier basisonderwijs of voortgezet onderwijs. Dit gaat samen met een leerlinggebonden financiering om speciale voorzieningen in het onderwijs mogelijk te maken (het zogenaamde rugzakje). In 2011/2012 hadden bijna 39.000 leerlingen een leerlinggebonden financiering. In het voortgezet onderwijs is het aantal leerlingen met een rugzakje toegenomen, van 13.100 in 2007/2008 naar 19.600 in 2012/2013 (OCW, 2012b; OCW, 2013b).

Vmbo-leerlingen die door een leerachterstand of andere omstandigheden extra hulp nodig hebben, kunnen leerwegondersteunend onderwijs (lwoo) volgen. Voor leerlingen die naar verwachting geen diploma kunnen halen op het vmbo, is er praktijkonderwijs. Dit is een vorm van voortgezet onderwijs die leerlingen voorbereidt op de arbeidsmarkt. In 2012 zaten ruim 130.000 leerlingen in het praktijkonderwijs en lwoo. Jongens vormen in dit type onderwijs de meerderheid (OCW, 2013b).

Aan begin schooljaar 2011/2012 zaten ruim 1.500 leerplichtigen meer dan vier weken thuis
Aan het begin van het schooljaar 2011/2012 waren er 1.533 thuiszitters. Dat wil zeggen leerplichtigen die wel zijn ingeschreven, maar zonder geldige reden (zoals ziekte) meer dan vier weken geen onderwijs volgen. Gedurende het schooljaar kwamen er nog 2.610 thuiszitters bij. Bij de thuiszitters gaat het vaak om jongeren waarvoor op dat moment geen passende plek is binnen het (speciaal) onderwijs. Ook stonden aan het begin van het schooljaar 2011/2012, 6.430 leerplichtige kinderen en jongeren niet bij een school ingeschreven (absoluut verzuim). Bij dit absolute verzuim en thuiszitten gaat het samen om ongeveer een half procent van alle leerplichtige kinderen. Ongeveer de helft van alle thuiszitters en absolute verzuimers is gedurende het schooljaar 2011/2012 weer teruggeleid naar school (OCW, 2013c). Langdurig schoolverzuim is een voorspeller voor voortijdig schoolverlaten (Allen & Meng, 2010).

7,5% van de jongeren heeft geen startkwalificatie
Niet iedereen die onderwijs volgt, behaalt een zogenaamde startkwalificatie. Jongeren onder de 23 jaar die niet in het bezit zijn van een diploma op havo/vwo- of mbo-2-niveau (zogenaamde startkwalificatie) en die geen onderwijs meer volgen, worden aangemerkt als voortijdig schoolverlaters. Van de ruim 2 miljoen jongeren van 15 tot 25 jaar in 2011, zat 7,5% (150.000 jongeren) niet meer op school en was ook niet in het bezit van een startkwalificatie. Dat is aanzienlijk minder dan in 2001, toen dat aandeel nog op 15% lag (Bron: CBS StatLine 2013). In 2010/2011 waren er 39.100 nieuwe voortijdig schoolverlaters (3%).

Ook dit aantal is flink gedaald. In 2002 waren er namelijk nog 71.000 nieuwe voortijdig schoolverlaters (5,5%) (OCW, 2013a). Bijna drie kwart van de nieuwe voortijdig schoolverlaters komt uit het mbo. Onder de voortijdig schoolverlaters op het voortgezet onderwijs zijn leerlingen uit het derde en vierde jaar van het vmbo, met 35%, de grootste groep (OCW, 2013b). In de grote steden is de uitval het grootst. Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Den Haag kenden een uitvalpercentage van 4,9% (voorlopig cijfer, schooljaar 2011/2012). Overigens worden de verschillen tussen de grote steden en de rest van Nederland steeds kleiner (OCW, 2013b).

Vaker voortijdig schoolverlaten bij lage sociaaleconomische status
Voortijdig schoolverlaten komt relatief veel voor bij leerlingen met een lage sociaaleconomische status. Factoren die samenhangen met een lage sociaaleconomische status zijn een laag opleidingsniveau van de ouders, etnische (met name niet-westerse) achtergrond (de Baat, 2009), werkloosheid van de ouders, wonen in een grote stad (WRR, 2009) en/of in een achterstandswijk (Herweijer, 2008) of wonen in een eenoudergezin (Herweijer, 2008). Leerlingen met een lage sociaaleconomische status hebben in het basisonderwijs vaak al een achterstand en blijven die houden in het voortgezet onderwijs en het mbo (Herweijer, 2008). De thuissituatie kan invloed hebben op de ambities van het kind en de ouders, bijvoorbeeld door beperkte kennis of ondersteuning van de ouders (de Baat, 2009). Werken (ofwel geld verdienen) wordt dan bijvoorbeeld belangrijker gevonden dan leren (Oberon, 2008).

Eén op de tien jongeren verricht informele zorg
Van de 19- tot 25-jarigen verricht 10% informele zorg. Hier gaat het dan om het hulp bieden aan mensen die ziek of gehandicapt zijn. In 2007 deed 30% van de jongeren van 16 tot 25 jaar vrijwilligerswerk, was 40% lid van een sportvereniging en was 34% lid van een andere vereniging. Van de jongeren die lid zijn van een andere vereniging zijn de meesten lid van een school- of onderwijsvereniging en van een zang-, muziek- of toneelvereniging.

Twee derde van de jongeren tussen 15 en 25 heeft een baan
Van de jongeren van 15 tot 25 jaar had in 2011 64% een (bij)baan van één uur of meer per week (zie *Tabel* 2.2). Dit aandeel is conjunctuurgevoelig. Gaat het goed met de economie dan is er sprake van een toename van het aandeel werkende jongeren (CBS, 2009). Zo had in 2008 nog 67% van de jongeren een baan van één uur of meer per week. Onder jongeren die onderwijs volgen, werkt 57%. Onder niet-onderwijsvolgenden is het aandeel werkenden 82% (zie *Tabel* 2.2). Het aandeel jongeren met een baan van twaalf uur of meer per week ligt met 38% een stuk lager.

5% jongeren heeft een Wajong-uitkering
Jongeren van 18 jaar en ouder die door ziekte of handicap niet in staat zijn om zelfstandig voldoende te verdienen, kunnen een beroep doen op de Wajong (zie ook *paragraaf* 2.4.1). Eind 2012 ontving 4,7% van de jongeren van 18 tot en met 24 jaar een Wajong-uitkering (zie *Tabel* 2.2). Overigens is niet iedereen die een Wajong-uitkering ontvangt jong. Omdat de Wajong-uitkering in principe doorloopt tot het 65e jaar en het weinig Wajongers lukt om de uitkering te verlaten, is inmiddels 70% van de Wajongers 25 jaar of ouder.

Tabel 2.2: Percentage jongeren dat participeert in arbeid, informele zorg, vrijwilligerswerk en (sport)vereniging, en percentage jongeren met een uitkering.

	Percentage	Jaar	Bron	Leeftijdsgroep
Arbeid				
Baan ≥ 1 uur/week		2011	CBS	15-24 jaar
alle jongeren	64			
onderwijsvolgend	57			
niet-onderwijsvolgend	82			
Baan ≥ 12 uur/week		2011	CBS	15-24 jaar
alle jongeren	38			
onderwijsvolgend	25			
niet-onderwijsvolgend	79			
Bijstand of WW	2,3	2012	CBS/UWV	18-24 jaar
Arbeidsongeschiktheids-uitkering (Wajong)	4,7	2012	UWV	18-24 jaar
Informele zorg	10	2012	Gezondheids-monitor	19-24 jaar
Vrijwilligerswerk	30	2007	AVO	16-24 jaar
Lid vereniging	34	2007	AVO	16-24 jaar
Lid sportvereniging	40	2007	AVO	16-24 jaar

Snelle toename Wajong-instroom vanaf 2002, sinds 2010 lichte daling
Tussen 2001 en 2012 is het aantal 18- tot 25-jarige jongeren dat instroomt in de Wajong gestegen van 5.200 naar 12.400. Van alle mensen die voor het eerst een Wajong-uitkering krijgen, is ruim 80% onder de 25 jaar. Sinds de jaren negentig, maar vooral vanaf 2002 nam de instroom in de Wajong flink toe. De stijging tussen 2002 en 2005 hing samen met de stijging van het aantal leerlingen in het voortgezet speciaal onderwijs en het praktijkonderwijs. UWV schatte in 2007 op basis van dossieronderzoek dat een groot deel van de jongeren uit het speciaal onderwijs of het praktijkonderwijs rechtstreeks, of via een vervolgopleiding of poging tot werken in de Wajong komt (Stoutjesdijk & Berendsen, 2007).

Bij de stijging van de instroom in de Wajong vanaf 2004 speelt de financiële prikkelwerking van de Wet werk en bijstand (Wwb) een rol. Met de invoering van de Wwb in 2004 kregen gemeenten een vast, niet geoormerkt budget voor bijstandsuitkeringen, gebaseerd op objectieve kenmerken van de gemeente. De gemeente mag een eventueel overschot op dit budget vrij besteden, maar moet een tekort zelf opvangen. Hierdoor kregen gemeenten een financiële prikkel om het aantal bijstandsuitkeringen zo laag mogelijk te houden, bijvoorbeeld door uitkeringsgerechtigden aan het werk te helpen of ze door te verwijzen naar andere regelingen. Tussen 2004 en 2007 zijn jaarlijks tussen 800 en 3.000 Wajongers direct vanuit de Wwb-populatie in de Wajong gestroomd, waar dat voorheen slechts enkele honderden bedroeg (van Vuren et al., 2011). Na aanpassingen in de Wajong in 2010 is aan de stijging van de instroom een einde gekomen (zie *Figuur* 2.2 in *paragraaf* 2.2).

2.2 Invloed van gezondheid op participatie

Hoofdpunten

De schooldeelname van leerlingen met gezondheidsproblemen is over het geheel genomen nauwelijks lager dan van leerlingen zonder gezondheidsproblemen, zo blijkt uit cijfers over onderwijsparticipatie. Wel vormen jongeren met gedragsproblemen, emotionele problemen en middelenmisbruik een risicogroep voor voortijdig schoolverlaten. Ook zijn er aanwijzingen uit buitenlandse studies dat bij kinderen en adolescenten een minder goede gezondheid leidt tot minder goede schoolresultaten, spijbelen, minder jaren onderwijs en voortijdig schoolverlaten.

Jongeren met een goede gezondheid doen vaker vrijwilligerswerk en zijn vaker lid van een sportvereniging. Lidmaatschap van andere verenigingen en het verlenen van informele hulp is niet gerelateerd aan de gezondheid van de jongere. Voor arbeidsparticipatie zijn er wel duidelijke verschillen. Jongeren met gezondheidsproblemen hebben minder vaak een (bij)baan. Een minder goede gezondheid is dus belemmerend voor onderwijsparticipatie, maar meer nog voor de kansen op werk daarna.

Zeer moeilijk lerende kinderen, zeer moeilijk opvoedbare kinderen en psychisch langdurig zieke kinderen vormen de grootste groep in het speciaal onderwijs. Bij jongeren met een Wajong-uitkering heeft 70% van de instromers een ontwikkelingsstoornis, vooral een autismespectrumstoornis of een (lichte) verstandelijke handicap. Overigens werkt een kwart van de jongeren met een Wajong-uitkering wel, óf via een sociale werkplaats, óf bij een reguliere werkgever, meestal met compensatie voor een lagere productiviteit en/of aanvullende ondersteuning.

Deze paragraaf beschrijft de participatie van kinderen en jongeren in relatie tot gezondheidsproblemen. Net als in de vorige paragraaf kijken we daarbij naar schooldeelname, arbeidsparticipatie, vrijwilligerswerk, informele zorg en lidmaatschap van een sportvereniging of andere vereniging. Ook besteden we aandacht aan jongeren in het speciaal onderwijs en aan de participatie van jongeren met een Wajong-uitkering.

De informatie over de samenhang tussen participatie en gezondheid is gebaseerd op secundaire data-analyses. Hiervoor hebben we het AVO 2007 van het SCP gebruikt, omdat daarin zowel gegevens over participatie als over de gezondheid van de geënquêteerden zitten. Gegevens over de instroom in de Wajong naar diagnose en de arbeidsparticipatie van jongeren met een Wajong-uitkering zijn afkomstig van het UWV. Deze informatie hebben we aangevuld met informatie uit de Nederlandse grijze literatuur en een internationale overzichtsstudie. Een uitgebreid overzicht van de gebruikte indicatoren en bijbehorende bronnen staat in *Bijlage 3*.

Vaker vrijwilligerswerk bij goede mentale gezondheid
Het al dan niet verrichten van vrijwilligerswerk hangt samen met mentale gezondheid. Van de jongeren met een goede mentale gezondheid doet 35% vrijwilligerswerk en van de jongeren met een minder goede mentale gezondheid is dat 24% (zie *Tabel 2.3*). Jongeren met een goede mentale gezondheid zijn

Tabel 2.3: Percentage kinderen en jongeren met en zonder gezondheidsproblemen dat participeert in onderwijs, arbeid, informele zorg, vrijwilligerswerk en (sport)vereniging in 2007 (Bron: AVO 2007) [1].

	Onderwijs 6-15 jaar	Onderwijs 16-24 jaar	Arbeid 16-24 jaar	Informele zorg 16-24 jaar	Vrijwilligers-werk 16-24 jaar	Vereniging 16-24 jaar	Sport-vereniging 16-24 jaar
Ervaren gezondheid	[a]	[a]	[a,b]				[a,b]
goed	96	63	71	8	33	36	43
minder goed	87	51	61	10	24	37	26
Mentale gezondheid	[a,b]		[a,b]		[a,b]		[a,b]
goed	96	62	73	7	35	38	46
minder goed	91	61	64	11	24	32	31
Beperkingen bij activiteiten	[a,b]		[a,b]				[a,b]
nee	95	62	72	8	32	36	43
ja	89	60	45	10	21	44	23
Chronisch ziek			[a,b]	[a]		[a]	
nee	94	62	73	7	31	34	42
ja	96	58	63	12	36	43	42

[1] Zie *Tabel B5.2* in *Bijlage 5* voor het percentage jongeren van 6-15 en 16-24 jaar met een goede ervaren gezondheid, een goede mentale gezondheid, geen beperkingen of zonder chronische ziekte.
[a] Ongecorrigeerde relatie is significant ($p<0,05$). Met behulp van logistische regressie is getoetst of kinderen/jongeren zonder gezondheidsproblemen vaker participeren op de verschillende participatievormen dan kinderen/jongeren met gezondheidsproblemen. De tabel toont de niet-gecorrigeerde percentages.
[b] Idem, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

ook vaker lid van een sportvereniging, net als jongeren met een goede ervaren gezondheid, of jongeren zonder beperkingen bij activiteiten. Lidmaatschap van andere verenigingen (bijvoorbeeld van een schoolvereniging of een muziekvereniging) en het verlenen van informele hulp is niet gerelateerd aan de gezondheid van de jongere.

Kinderen met gezondheidsproblemen volgen minder vaak onderwijs

Een minder goede mentale gezondheid en het hebben van beperkingen hangen samen met een lagere onderwijsparticipatie. Kinderen in de leeftijd van 6 tot en met 15 jaar die een minder goede mentale gezondheid hebben, volgen minder vaak voltijds dagonderwijs (91%) dan kinderen met een goede mentale gezondheid (96%) (zie *Tabel 2.3*). Bij jongeren in de leeftijd van 16 tot en met 24 jaar is er geen significant verschil (gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht) in schooldeelname tussen jongeren met en zonder gezondheidsproblemen. Ook lijken de redenen om vanuit het voortgezet onderwijs niet door te stromen naar het hoger onderwijs zelden te maken te hebben met een handicap of chronische ziekte (Poels-Ribberink et al., 2011). Slechts 9% van de jongeren met een handicap of chronische ziekte geeft aan dat hun handicap of ziekte de hoofdreden is.

Bijna 85.000 meldingen van ongeoorloofd verzuim tijdens schooljaar 2011/2012
Een groot deel van de jongeren mist wel eens een paar dagen school door ziekte. Zo rapporteert 20% van de ouders van basisschoolkinderen dat hun kind in de afgelopen twee maanden één tot twee dagen had verzuimd wegens ziekte. Bij 10% ging het om meer dan twee dagen en bij 1% om meer dan tien dagen (Bron: PIAMA-onderzoek, periode 2000-2011). Tijdens het schooljaar 2011/2012 waren er echter ook 84.750 meldingen van relatief verzuim, dat wil zeggen afwezig zijn zonder geldige reden (zoals ziekte) gedurende in totaal minimaal zestien uren in een periode van vier opeenvolgende lesweken. Van dit relatief verzuim was 9% luxe verzuim (wegens vakantie). Het overige is signaalverzuim (spijbelgedrag). Het aantal meldingen van relatief verzuim is sinds 2006/2007 fors toegenomen van bijna 50.000 naar bijna 85.000 in 2011/2012. Een verklaring voor deze toename is dat scholen het verzuim steeds beter registreren en ook beter melden (OCW, 2013c). Langdurig schoolverzuim is een voorspeller voor voortijdig schoolverlaten (Allen & Meng, 2010).

Er zijn geen cijfers over welke gezondheidsproblemen het meest voorkomen bij voortijdig schoolverlaters. Jongeren met gedragsproblemen en -stoornissen zijn echter wel een belangrijke risicogroep voor voortijdig schoolverlaten. De kenmerken die horen bij deze diagnosen zijn namelijk tevens belangrijke risicofactoren voor schoolverlaten, zoals impulsiviteit en gebrekkige zelfcontrole, ongevoeligheid voor gezag, spijbelen, delinquent gedrag en verkeerde vrienden hebben (de Baat, 2009; Francissen et al., 2011). Gedragsproblemen komen vaker voor bij jongens (Meijer et al., 2008) en ze kunnen versterkt worden door een instabiele thuissituatie, zoals echtscheiding, eenouderproblematiek of verslaving (Jepma et al., 2011) (zie ook *paragraaf 2.3*). Jongeren met gedragsproblemen komen relatief vaak uit een gezin waar meerdere problemen spelen ('multiprobleemgezinnen'). Daarnaast hebben kinderen en jongeren met gedragsproblemen een externe locus of control; ze zijn geneigd de oorzaken van problemen buiten zichzelf te zoeken (Herweijer, 2008).

Middelengebruik hangt samen met verloop onderwijsloopbaan
Vroeg en zwaar gebruik van alcohol en cannabis zijn sterke indicatoren van verminderde schoolprestatie, spijbelen en schooluitval (ter Bogt et al., 2009). Ook hebben jongeren met overmatig middelengebruik vaak minder ambities met betrekking tot hun opleiding en sterke gevoelens van doelloosheid (Oberon, 2008; Van Eekelen, 2010; Hammink et al., 2012). Het blijft de vraag of middelengebruik ook een *oorzaak* is van een minder succesvolle onderwijsloopbaan. Zowel ongezonde leefgewoonten als onderwijs-resultaten kunnen het resultaat zijn van andere factoren, zoals het onderwijsniveau en het middelen-gebruik van ouders. Bovendien is overmatig middelengebruik meestal niet de hoofdoorzaak van problemen op school (ter Bogt et al., 2009), maar onderdeel van een breder leefpatroon met andere risicofactoren voor problemen op school. Zo heeft deze groep jongeren ook relatief vaak een lage sociaaleconomische status, een laag intelligentieniveau en komen ze vaker in aanraking met de politie.

Jongeren met emotionele problemen zijn onopvallende risicogroep
Jongeren met emotionele problemen (zoals depressieklachten) die langdurig school verzuimen zijn een onopvallende risicogroep voor voortijdig schoolverlaten (Oberon, 2008). In tegenstelling tot jongeren met gedragsproblemen geven zij geen overlast binnen de schoolsituatie en verdwijnen ze soms haast onopgemerkt uit het onderwijs. Jongeren met gedragsproblemen komen veel eerder in beeld bij een zorgfunctionaris of opvangvoorziening, die maatregelen kan inzetten om te voorkomen dat de jongere voortijdig schoolverlater wordt.

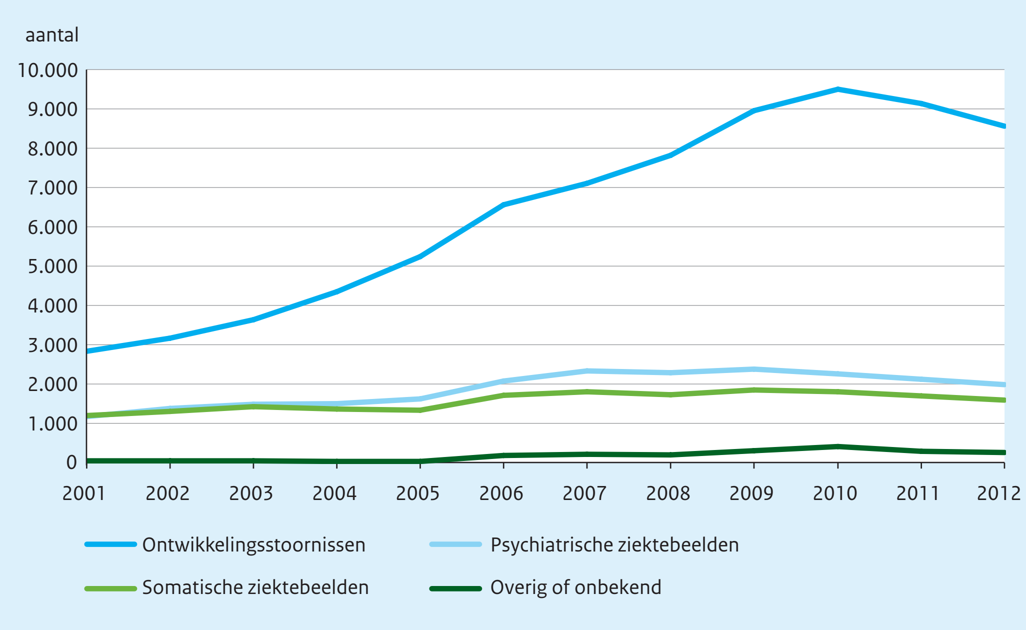
Aanwezigheid van acute psychologische problemen beïnvloedt schoolcarrière van jongeren
Uit een overzicht van buitenlandse studies blijkt dat bij kinderen en adolescenten een minder goede gezondheid niet alleen samenhangt mét, maar waarschijnlijk ook daadwerkelijk leidt tot minder goede schoolresultaten, spijbelen, minder jaren onderwijs en voortijdig schoolverlaten (Suhrcke & de Paz Nieves, 2011). Voor Nederland hebben Uiters en collega's (2013) het verband tussen gezondheid en het verloop van de schoolloopbaan van adolescenten in het voortgezet onderwijs onderzocht aan de hand van gegevens over de tijd (longitudinaal onderzoek). Hieruit bleek dat alleen acute psychologische problemen de schoolcarrière van jongeren beïnvloeden. Jongeren die hiervoor vaker contact hadden met de huisarts aan het begin van het voortgezet onderwijs, hadden minder kans om de school af te maken, ook na correctie voor de sociaaleconomische positie van de ouders. Zij hadden ook minder kans om het voortgezet onderwijs af te maken op het niveau waarop ze begonnen waren. De meest voorkomende diagnosen binnen het cluster van 'acute psychologische problemen' waren bedplassen (13%) en ADHD (12%) (Uiters et al., submitted).

Vooral zeer moeilijk lerende en opvoedbare kinderen en psychisch langdurig zieke kinderen naar speciaal onderwijs
Zeer moeilijk lerende kinderen, zeer moeilijk opvoedbare kinderen en psychisch langdurig zieke kinderen vormen de grootste groep in het speciaal onderwijs (zie *Tabel B5.1* in *Bijlage* 5). Hoewel de afgelopen acht jaar het aantal leerlingen in het speciaal basisonderwijs niet is gewijzigd, zijn er wel veranderingen in het type kinderen dat op een speciale school basisonderwijs volgde. Het aantal slechthorende en zeer moeilijk lerende kinderen nam sterk af tussen het schooljaar 2004/2005 en 2011/2012, terwijl het aantal kinderen met ernstige spraakmoeilijkheden, zeer moeilijk opvoedbare kinderen en psychisch langdurig zieke kinderen flink toenam. Bij al deze groepen zijn de jongens in de meerderheid. Het voortgezet speciaal onderwijs kende wel een toename van het aantal leerlingen. Deze toename komt voor een groot deel door de toename van het aantal zeer moeilijk opvoedbare kinderen, maar ook het aantal psychisch langdurig zieke en zeer moeilijk lerende kinderen nam fors toe (CBS, 2012).

Jongeren met gezondheidsproblemen hebben minder vaak een baan
Er is een duidelijke samenhang tussen het verrichten van arbeid en gezondheid. Van de jongeren van 16 tot 25 jaar zonder beperkingen bij activiteiten werkt 72% en van de jongeren met beperkingen is dat slechts 45%. Ook de ervaren gezondheid, mentale gezondheid en het hebben van een chronische ziekte hangen samen met arbeidsparticipatie (zie *Tabel 2.3*).

Jongeren extra kwetsbaar bij combinatie verstandelijke handicap en chronische aandoening
Jongeren met meerdere gezondheidsproblemen zijn extra kwetsbaar voor problemen in de aansluiting op de arbeidsmarkt. Dit geldt nog meer voor jongeren met een verstandelijke handicap. Bijna twee derde (63%) van de jongeren met een verstandelijke handicap heeft ook een of meer andere (lichamelijke en/of psychische) chronische aandoeningen (Oeseburg et al., 2010). Daarvan heeft – afhankelijk van het aantal en de aard van de chronische aandoeningen – 30% tot 64% ook emotionele en gedragsproblemen. Los daarvan vertoont deze groep meer autistische kenmerken dan jongeren zonder chronische aandoening (Oeseburg et al., 2010). De autistische kenmerken en de emotionele en gedragsproblemen verkleinen de toch al geringe kans op de arbeidsmarkt. Het autistische gedrag beperkt jongeren in situaties waarin sociale vaardigheden van belang zijn.

Figuur 2.2: Instroom in de Wajong van jongeren van 18 tot 25 jaar in 2001-2012, naar diagnosegroep (Bron: UWV 2013).

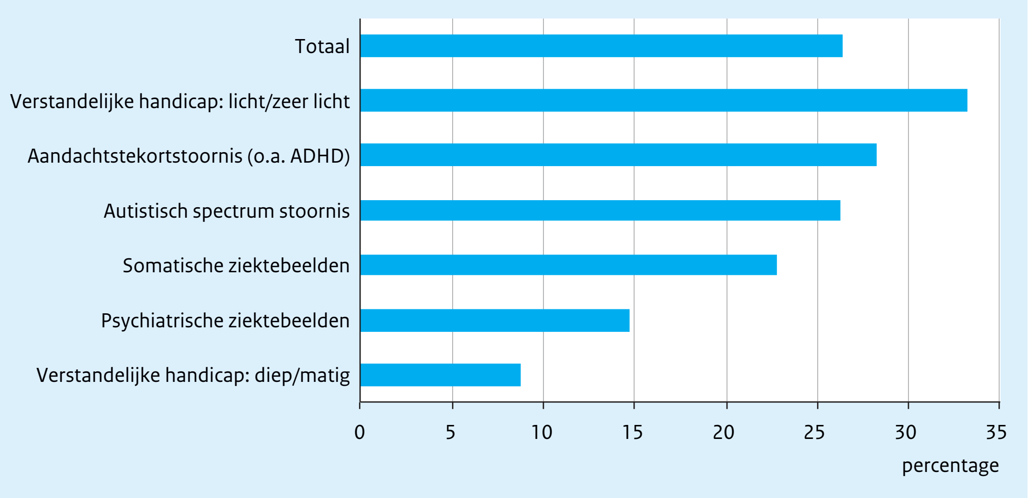


Vooral lichte verstandelijke handicap en autisme oorzaak Wajong-instroom
Zoals gezegd kunnen jongeren van 18 jaar en ouder die door ziekte of handicap niet in staat zijn om zelfstandig voldoende te verdienen, een beroep doen op de Wajong. Van alle 18- tot 25-jarigen die in 2011 in de Wajong instroomden, stroomde 70% in wegens een ontwikkelingsstoornis, vooral een (lichte) verstandelijke handicap (31% van de totale instroom) of een stoornis in het autistisch spectrum (17% van de totale instroom). De jongeren met een verstandelijke handicap vallen onder de zeer moeilijk lerende kinderen.

Vooral toename instroom van jongeren met ontwikkelingsstoornis
Figuur 2.2 laat zien dat vooral de instroom in de Wajong van jongeren met een ontwikkelingsstoornis is gestegen. Inmiddels heeft zo'n 70% van de jongeren die instromen een ontwikkelingsstoornis. Dat er steeds meer jongeren met deze diagnose in de Wajong komen, hangt samen met de eerdergenoemde toename van het aantal zeer moeilijk lerende kinderen in het voortgezet speciaal onderwijs. Het gaat ook samen met een toename van het aandeel jongens in de Wajong (inmiddels bestaat de instroom in de Wajong voor 60% uit jongens, in 2001 was dat 54%).

Kwart van de jongeren met Wajong-uitkering werkt
Als jongeren een Wajong-uitkering hebben wil dat niet zeggen dat deze jongeren helemaal geen betaalde arbeid verrichten. Eind 2011 was ongeveer een kwart van de Wajongers van 18 tot 25 jaar aan het werk via een Sociale Werkvoorziening of bij een reguliere werkgever. Zij werken wel vaak met ondersteuning in de

Figuur 2.3: Percentage werkende Wajongers van 18 tot 25 jaar eind 2011, naar diagnosegroep (Bron: UWV 2013).



vorm van begeleiding door een jobcoach en/of compensatie voor het productieverlies. Veel werkende Wajongers krijgen een aanvullende uitkering, omdat ze met werken niet genoeg verdienen. *Figuur 2.3* laat zien dat vooral jongeren met een lichte verstandelijke handicap, aandachtstekortstoornis of een stoornis in het autistisch spectrum aan het werk zijn. Dit geldt veel minder voor jongeren met een psychiatrische ziekte of een matige of diepe verstandelijke handicap.

2.3 Determinanten van onderwijsparticipatie

Hoofdpunten

Determinanten van onderwijsparticipatie (schoolverzuim en voortijdig schoolverlaten) van kinderen en jongeren met gezondheidsproblemen zijn onder te verdelen in persoonlijke factoren en gezins-, school- en zorggerelateerde factoren.

- De belangrijkste *persoonlijke* factoren zijn motivatiegebrek, angst om naar school te gaan en problemen met de interactie met leerlingen en andere leeftijdgenoten.
- *Gezinsgerelateerde* factoren hebben vooral te maken met de sociaaleconomische status van de leerling en daaraan gerelateerd de betrokkenheid en ondersteuning van de ouders bij het gedrag en de onderwijsparticipatie van de leerling. Vaak is er sprake van meerdere risicofactoren tegelijk die elkaar versterken.
- *Schoolgerelateerde* factoren betreffen vooral voorzieningen en individuele aanpassingen (maatwerk) op school, deskundigheid van de leerkracht op het gebied van (omgaan met) gezondheidsproblemen, en persoonlijke begeleiding op school. Ook de vaak langdurige indicatieprocedure voor speciaal onderwijs of leerlinggebonden financiering en wachtlijsten voor speciaal onderwijs spelen een rol.
- *Zorggerelateerde* factoren die de onderwijsparticipatie kunnen belemmeren, zijn een langdurig diagnosetraject en een langdurige en/of intensieve behandeling van de leerling.

Focus op determinanten die samenhangen met gezondheid
De onderwijsparticipatie wordt bepaald door een combinatie van determinanten (beïnvloedende factoren). Dit hoofdstuk beschrijft vooral factoren die direct of indirect samenhangen met de gezondheidstoestand van leerlingen. Determinanten die losstaan van de gezondheid zijn bijvoorbeeld de binding van een leerling met school, een verkeerde opleidingskeuze, de kwaliteit van het onderwijs of de aansluiting tussen vmbo en mbo (Allen & Meng, 2010; De Baat, 2009; Herweijer, 2008; Oberon, 2008; Poels-Ribberink et al., 2011; Francissen et al., 2011). Deze 'generieke' determinanten kunnen uiteraard mede van invloed zijn op de onderwijsparticipatie van leerlingen met gezondheidsproblemen, maar vormen niet de focus van dit rapport.

Verschillende typen determinanten beïnvloeden onderwijsparticipatie
Uit de literatuur komen vier typen determinanten naar voren die met de gezondheid van de leerling samenhangen en de onderwijsparticipatie kunnen beïnvloeden:
1. persoonlijke factoren;
2. gezins- en omgevingsgerelateerde factoren;
3. schoolgerelateerde factoren;
4. zorggerelateerde factoren.

Deze indeling sluit aan bij het ICF-raamwerk in *hoofdstuk* 1, waarbij factoren van de typen 2 t/m 4 tot de externe factoren behoren. De informatie is afkomstig uit de Nederlandse literatuur vanaf 2002. Deze literatuur is onder andere verzameld via (websites van) voor dit thema relevante instituten, zoals het SCP, het Nederlands Jeugdinstituut (NJi) en het kenniscentrum CrossOver.

Tabel 2.4 geeft een overzicht van de determinanten. Deze worden vervolgens toegelicht.

Tabel 2.4: Determinanten van onderwijsparticipatie gevonden in de Nederlandse literatuur.

Determinant	Type onderwijsparticipatie [a]	Type gezondheidsprobleem	Type onderwijs [b]	Onderwijsparticipatie [c]
Persoonlijke factoren				
Negatieve gemoedstoestand	Thuiszitten	Psychisch	po, vo, pso, vso	-
Negatieve interactie met andere leerlingen	Thuiszitten	Lichamelijk, psychisch	po, pso, vo, mbo, bo	-
Doorzettingsvermogen	vsv	Lichamelijk	hbo/wo	+
Gezinsgerelateerde factoren				
Leven in een multiprobleemgezin	vsv	Algemeen, psychisch	bo, vo, mbo	-
Schoolgerelateerde factoren				
Voorzieningen op school	vsv, studievertraging	Lichamelijk, psychisch	vo, mbo, hbo	+
Begeleiding en maatwerk bij onderwijs	Thuiszitten, vsv	Psychisch	po, vo, bo	+
Handelingsverlegenheid leerkracht	Thuiszitten, studievertraging	Lichamelijk, psychisch	po, vo, pso, vso, vmbo, mbo	-
Voortgezet 'vs basis onderwijs'	Thuiszitten	Psychisch	po, vo, mbo	-
Langdurige indicatieprocedure	Thuiszitten, studievertraging	Lichamelijk, psychisch	po, vo, hbo	-
Wachtlijst speciaal onderwijs	Thuiszitten	Psychisch	pso, vso	-
Zorggerelateerde factoren				
Langdurig diagnosetraject	Thuiszitten	Psychisch	po, vo, mbo	-
Langdurige en intensieve behandeling	Thuiszitten	Psychisch	po, vo, mbo	-

[a] Type onderwijsparticipatie: vsv = voortijdig schoolverlaten

[b] Type onderwijs: po = primair onderwijs, vo = voortgezet onderwijs, pso = primair speciaal onderwijs, vso = voortgezet speciaal onderwijs, vmbo = voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs, mbo = middelbaar beroepsonderwijs, hbo = hoger beroepsonderwijs, wo = wetenschappelijk onderwijs

[c] Richting van het verband: verbeterend (+); verslechterend (-)

Persoonlijke factoren

Motivatiegebrek en angst oorzaken van thuiszitten bij psychische problemen
Leerlingen met gedragsproblemen en psychische problemen zijn risicogroepen voor voortijdig schoolverlaten (zie *paragraaf* 2.2). De reden voor een leerling met psychische problemen om niet naar school te gaan, kan samenhangen met zijn algemene gemoedstoestand door de gezondheidsproblemen, zoals nergens zin in hebben, motivatieproblemen of angst om naar school te gaan (Sleeboom et al., 2009). Ook bij leerlingen (5-16 jaar) met een lichte verstandelijke handicap en gedragsproblemen in het speciaal onderwijs blijkt de oorzaak van langdurig thuiszitten in bijna 70% van de gevallen te liggen in motivatieproblemen of angst om naar school te gaan (Radema et al., 2003).

Negatieve ervaringen met medeleerlingen belemmeren onderwijsparticipatie
De relatie met klasgenoten en andere leerlingen is een belangrijke determinant van onderwijsparticipatie (de Baat, 2009; Francissen et al., 2011; Vuijk et al., 2008). Een leerling die weinig aansluiting ervaart bij leeftijdsgenoten of gepest wordt, kan bang worden om naar school te gaan en daardoor (langdurig) wegblijven van school (van Lieshout, 2003). Een deel van de (bijna) voortijdig schoolverlaters werd zowel op de basisschool als in de latere schoolloopbaan gepest (Oberon, 2008). Leerlingen met gezondheidsproblemen zijn extra kwetsbaar, vooral als zij zich onzeker voelen door hun ziekte of aandoening of weinig begrip van leeftijdgenoten ervaren. Bij ongeveer een kwart van de leerlingen met ernstige psychische problemen heeft de relatie met leeftijdgenoten een rol gespeeld bij langdurig thuiszitten (Sleeboom et al., 2009). Andere negatieve ervaringen van deze groep zijn pestgedrag door een leraar en strafwerk omdat het werk niet op tijd af is, blijkt uit diepte-interviews (Kolenberg, 2010). Ook leerlingen met beperkingen worden soms gepest (Sleeboom et al., 2010). Jonge kinderen zijn zich overigens minder bewust van hun beperking dan pubers. Bij jongeren heeft hun aandoening naast invloed op schooldeelname ook invloed op vriendschappen, verkering, daten en seks (Kooiker, 2006).

Extra doorzettingsvermogen nodig
Studenten met een beperking in het hoger onderwijs moeten over extra doorzettingsvermogen beschikken om hun studie te kunnen volbrengen, omdat ze meer moeten regelen en lang van tevoren moeten plannen. Dit blijkt uit interviews (Kooiker, 2006).

Gezinsgerelateerde factoren

Extra groot risico op voortijdig schoolverlaten bij jongeren uit multiprobleemgezinnen
Voortijdig schoolverlaten komt relatief veel voor bij leerlingen met een lage sociaaleconomische status (zie *paragraaf* 2.2). Bij gezinnen met problemen op meerdere vlakken ('multiprobleemgezinnen'), zoals financiën, gezondheid, relaties, geweld of middelengebruik door de ouders, is het risico op voortijdig schoolverlaten extra groot (Oberon, 2008; Francissen et al., 2011). Meestal spelen er meerdere problemen tegelijk bij een thuiszitter of voortijdig schoolverlater (van Eekelen, 2010). Bij leerlingen met een lage sociaaleconomische status die ook psychische problemen hebben, bestaat het risico dat de ouders het psychische probleem niet herkennen of daar geen gespecialiseerde hulp en onderwijsvorm bij zoeken. Zo zal een autochtone hoogopgeleide ouder met een autistisch kind vermoedelijk eerder gespecialiseerde steun vinden dan een allochtone laagopgeleide ouder (Oberon, 2008).

Schoolgerelateerde factoren

Voorzieningen op school

De mogelijkheden en voorzieningen die de school biedt bepalen mede in hoeverre kinderen met een beperking mee kunnen doen op school. Hoe beperkter de voorzieningen, hoe eerder kinderen (of ouders) afhaken of vertraging oplopen op school (Kooiker, 2006) of studie (Poels-Ribberink et al., 2011). De huisvesting van scholen en het vervoer van leerlingen kan een goede schoolparticipatie in de weg staan (Poels-Ribberink et al., 2011; Radema et al., 2003; Kooiker, 2006; Poulisse & Vrieze, 2002). Belemmeringen die leerlingen zelf aangeven om het mbo of voortgezet onderwijs af te ronden zijn een gebrek aan voorlichting over voorzieningen, onvoldoende geschikte hulp, en het feit dat hulp de functiebeperking nooit helemaal kan compenseren (Poels-Ribberink et al., 2011).

Begeleiding en maatwerk in beroepsonderwijs

Mbo-scholen bieden jongeren met een psychische stoornis niet altijd de benodigde begeleiding, bijvoorbeeld omdat daar te weinig mentoruren per leerling voor beschikbaar zijn (Kolenberg, 2009). Ook is in het onderwijsaanbod van reguliere scholen voor beroepsonderwijs vaak geen maatwerk mogelijk voor jongeren met een beperking, zoals een kortere stage, een langere studieperiode of flexibele diploma-eisen. Bovendien houden veel regels en procedures geen rekening met leerlingen met gezondheidsproblemen (van Eekelen, 2010). Zo ervaart een kwart van de leerlingen met ernstige psychische problemen de hulp en ondersteuning op school als onvoldoende (Sleeboom et al., 2009).

Handelingsverlegenheid van leerkracht

Handelingsverlegenheid van leerkrachten en/of scholen is een veelvoorkomende belemmering voor onderwijsparticipatie van leerlingen met gezondheidsproblemen (Poels-Ribberink et al., 2011; Jepma et al., 2011; Kolenberg, 2010; Verhoef et al., 2011). Docenten, en ook leerplichtambtenaren, hebben over het algemeen nog weinig kennis over (de integratie van) leerlingen met gezondheidsproblemen in het reguliere onderwijs. Volgens deskundigen (vertegenwoordigers van organisaties die actief zijn in de thuiszitproblematiek, zoals Ingrado, het Landelijk infopunt Passend onderwijs en regionale ‘thuiszittersprojecten’) bestaat handelingsverlegenheid ten aanzien van leerlingen met psychische problemen, vooral bij docenten in het reguliere voortgezet onderwijs (Jepma et al., 2011), maar het komt ook voor bij docenten in het (voortgezet) speciaal onderwijs. Er zijn grote verschillen tussen scholen en individuele leerkrachten in hoe ze kunnen omgaan met leerlingen met gezondheidsproblemen. Soms wil een school geen verantwoordelijkheid (meer) dragen voor een leerling met gezondheidsproblemen, waardoor deze thuis komt te zitten. Onbegrip vanuit school voor de problemen van een leerling is de meest genoemde reden voor volledig thuiszitten van leerlingen met psychische problemen (Sleeboom et al., 2009). Leerkrachten van vmbo- en mbo-leerlingen met een beperking voelen zich vaak overbelast (Sleeboom et al., 2010).

Participatie in voorgezet onderwijs lijkt lastiger dan op basisonderwijs

De Nationale Ombudsman concludeert dat kinderen met psychische problemen of gedragsproblemen op een reguliere middelbare school meer moeite hebben om te participeren dan op een reguliere basisschool (Verhoef et al., 2011). Dit heeft te maken met de structuur van het onderwijs: verschillende vakleerkrachten, meer zelfstandigheid voor de leerling en vaak grote scholengemeenschappen. Er wordt een (te) groot beroep op het kind gedaan om zelf structuur aan te brengen in het leren. Vaak is de school

niet in staat om het kind daarbij voldoende te begeleiden. Dit levert soms dusdanig veel extra stress op voor het kind dat het zich niet meer kan handhaven op het voortgezet onderwijs. De puberteit is daarbij een extra complicerende factor. De conclusies van de Nationale Ombudsman zijn gebaseerd op een analyse van klachten die bij de Nationale Ombudsman terecht zijn gekomen en een literatuuronderzoek (Verhoef et al., 2011).

Langdurige indicatieprocedure werkt thuiszitten in de hand

Een leerling met psychische problemen of gedragsproblemen die niet mee kan komen in het reguliere onderwijs, heeft een indicatie nodig voor speciaal onderwijs of voor leerlinggebonden financiering. De indicatieprocedure kan veel tijd kosten, variërend van enkele maanden tot meer dan een jaar. Reden daarvoor is dat er een volledig dossier moet zijn voordat een indicatie afgegeven wordt. Als daarvoor ook een psychiatrisch onderzoek nodig is, kunnen de wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) een vertragende factor zijn (van Eekelen, 2010; Verhoef et al., 2011). Daarnaast zijn ouders het soms niet eens met een indicatie voor speciaal onderwijs en houden daarom hun kind thuis. De indicatie voor leerlinggebonden financiering kan vertraging oplopen door de complexe regelgeving, onduidelijkheid over verantwoordelijkheden en verschillen in het toelatingsbeleid van individuele scholen (Kooiker, 2006).

Wachtlijsten voor speciaal onderwijs

Wachtlijsten voor (voortgezet) speciaal onderwijs kunnen ook een belemmerende factor zijn voor onderwijsparticipatie. Leerlingen met een indicatie voor het voortgezet speciaal onderwijs zitten soms langdurig thuis, omdat zij moeten wachten tot er plek is op een school (Jepma et al., 2011; Sleeboom et al., 2009; Radema et al., 2003; Verhoef et al., 2011). Vaak moeten kinderen tot het begin van het nieuwe schooljaar wachten tot ze bij het speciaal onderwijs terechtkunnen. Vooral kinderen waarvan al in het eerste kwartaal van het reguliere schooljaar blijkt dat ze niet op hun plek zijn en naar het speciaal onderwijs moeten, zijn hiervan de dupe.

Zorggerelateerde factoren

Diagnosetraject kan onderwijsparticipatie belemmeren bij psychische problemen

Bij kinderen en jongeren met ernstige psychische problemen kunnen die problemen hen belemmeren om voltijds naar school te gaan (Jepma et al., 2011; Sleeboom et al., 2009). Het Landelijk Platform GGz (LPGGz) heeft veertien diepte-interviews gehouden met jongeren met ernstige psychische problemen (Kolenberg, 2010). Zorggerelateerde factoren die hen belemmeren om deel te nemen aan onderwijs zijn een langdurig diagnosetraject en het zoeken naar de juiste behandeling (onder andere medicatie). Sommige kinderen ontwikkelen daardoor op de basisschool al een onderwijsachterstand of moeten op de middelbare school een klas overdoen.

Behandeling lastig te combineren met school

Bij enkele leerlingen met ernstige psychische problemen is het naar school gaan moeilijk te combineren met de behandeling (Kolenberg, 2009). Als jongeren in een zorgtraject terecht komen, is er niet altijd oog voor hun opleiding. De tijd en intensiteit die de behandeling kost, leiden vaak tot schooluitval (Kolenberg, 2009). Ook kan de behandeling het welbevinden van de leerling zodanig beïnvloeden dat deze niet meer in staat is naar school te gaan (van Eekelen, 2010). Ongeveer 20% van de leerlingen die in

de ambulante ggz behandeld worden, gaat langdurig niet naar school. Bij een klinische behandeling ligt dit percentage waarschijnlijk nog veel hoger (Sleeboom et al., 2010).

2.4 Maatregelen om onderwijsparticipatie te bevorderen

Hoofdpunten

De onderwijsparticipatie en de overgang naar werk van leerlingen met gezondheidsproblemen krijgen in Nederland aandacht via landelijke wetgeving en beleid en via regionale en lokale initiatieven.

Landelijke wetgeving en beleid
In de landelijke wetgeving en het beleid staat de toekomstige (vanaf 1 augustus 2014) Wet passend onderwijs centraal. Deze wet is een aanpassing van een aantal bestaande onderwijswetten, waaronder de Wet speciaal onderwijs en leerlinggebonden financiering binnen het reguliere onderwijs. Hoofdpunten van de toekomstige Wet passend onderwijs zijn dat scholen een zorgplicht krijgen voor leerlingen en dat ze hierin moeten samenwerken met andere partijen. Relevante samenwerkingspartijen zijn het speciaal onderwijs en de (jeugd)zorg. De overgang van school naar werk krijgt aandacht in het kader van de Wet kwaliteit (voortgezet) speciaal onderwijs en de Wajong. Ook in het overheidsbeleid gericht op het terugdringen van langdurig schoolverzuim en voortijdig schoolverlaten staat samenwerking tussen de school en (jeugd)zorg centraal. Doel is om problemen bij leerlingen vroegtijdig te signaleren en aan te pakken, om zo langdurig schoolverzuim of voortijdig schoolverlaten te voorkomen.

Regionale en lokale initiatieven
De zorgplicht vanuit de Wet passend onderwijs vraagt om maatregelen van scholen op het terrein van fysieke toegankelijkheid, aanpassingen in het lesmateriaal, deskundigheidsbevordering van leerkrachten en mogelijkheden voor extra ondersteuning in of buiten de klas. Ook werken scholen via regionale of lokale maatregelen aan een goede samenwerking met professionals in het speciaal onderwijs, de jeugdgezondheidszorg, jeugdzorg en gemeente (leerplichtambtenaar). Bij het voorkomen van langdurig schoolverzuim en voortijdig schoolverlaten staat lokale samenwerking tussen de genoemde professionals eveneens centraal. Van de meeste regionale en lokale maatregelen is weinig bekend over het bereik en de effectiviteit.

Centrale thema's zijn passend onderwijs en voorkomen van voortijdig schoolverlaten
Deze paragraaf geeft een overzicht van typen maatregelen die (mede) tot doel hebben de onderwijsparticipatie en de overgang van school naar werk van leerlingen met gezondheidsproblemen te bevorderen. Daarbij gaan we achtereenvolgens in op landelijke wetgeving en beleid (*paragraaf* 2.4.1) en op regionale en lokale initiatieven uit de praktijk (*paragraaf* 2.4.2). Bij landelijke wetgeving en beleid staan twee thema's centraal: (1) passend onderwijs en de overgang naar werk, en (2) voorkomen van langdurig schoolverzuim en voortijdig schoolverlaten. De volgorde waarin we de regionale en lokale initiatieven beschrijven, sluit hierbij aan. Het gaat daarbij om initiatieven die aangrijpen op schoolgerelateerde

factoren (zie *paragraaf 2.3*). De maatregelen zijn gevonden in recente Nederlandse literatuur (vanaf 2007) en via (websites van) voor dit thema relevante instituten, zoals het kenniscentrum CrossOver, de Inspectie van Onderwijs en het SCP. Ook zijn hiervoor de leden van de wetenschappelijke adviescommissie en de beleidsadviesgroep (zie *Bijlage 1*) geraadpleegd.

Persoons- en gezinsgerelateerde interventies kunnen indirect doorwerken op onderwijsparticipatie
Maatregelen gericht op gezondheidsproblemen en op persoonlijke en gezinsgerelateerde factoren hebben in het algemeen niet het bevorderen van de onderwijsparticipatie als doel. De focus ligt veeleer op vermindering van gezondheidsproblemen. Dergelijke interventies kunnen echter ook invloed hebben op de onderwijsparticipatie van een kind of jongere, maar vallen buiten het bestek van dit rapport. ZonMw financiert momenteel een aantal projecten gericht op het voorkomen van gedrags- en emotionele problemen en het verbeteren van de zorg voor jongeren met gedragsproblemen en de invloed hiervan op schoolprestaties en schooluitval (ZonMw, 2013). In de NJi databank Effectieve jeugdinterventies staan voorbeelden van persoons- en gezinsgerelateerde interventies die tot doel hebben om emotionele problemen en gedragsproblemen te verminderen. Ze zijn gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische technieken. Voorbeelden van persoonsgerelateerde interventies zijn de ‘Kanjertraining’ en de zomercursus ‘Plezier op school’ (emotionele problemen); voorbeelden van gezinsgerelateerde interventies zijn de Multisysteem Therapie en Triple P niveau 4 (gedragsproblemen). Ook de website Aanval op schooluitval geeft voorbeelden van gezinsgerelateerde maatregelen; deze zijn gericht op jongeren bij wie sprake is van meerdere, elkaar versterkende risicofactoren voor voortijdig schoolverlaten.

2.4.1 Landelijke wetgeving en beleid

Passend onderwijs en overgang naar werk

Wet passend onderwijs
De Wet passend onderwijs gaat in op 1 augustus 2014 en is een aanpassing van een aantal bestaande onderwijswetten en beleidsmaatregelen. Hoofdpunten van de wet zijn dat scholen een zorgplicht krijgen voor leerlingen en dat ze hierin moeten samenwerken met andere partijen (www.passendonderwijs.nl). De zorgplicht geldt zowel voor lichte als voor zware ondersteuning en zowel voor jongeren met fysieke en/of psychische problemen als voor jongeren met verstandelijke handicaps. Het gaat bijvoorbeeld over extra ondersteuning in de klas, de toegankelijkheid, aangepast materiaal, leraren met kennis van de effecten van de beperkingen en soms medische zorg (Balans Digitaal, 2013). Ook is de school verplicht een geschikte plek op een andere school of plaatsing in het speciaal onderwijs te regelen als dat nodig is. Dit gebeurt via samenwerkingsverbanden tussen regulier en speciaal onderwijs. Die samenwerkingsverbanden moeten ook afstemmen en samenwerken met (jeugd)zorg en gemeenten. Tot 1 augustus 2014 bestaat er nog een onderscheid tussen zware en lichte onderwijsondersteuning: Wet speciaal onderwijs en leerlinggebonden financiering, voor zware ondersteuning, en ‘Weer Samen Naar School’ in het primair onderwijs en Leerwegondersteunend onderwijs en Praktijkonderwijs in het voortgezet onderwijs, voor lichte ondersteuning.

Wet speciaal onderwijs en leerlinggebonden financiering binnen het reguliere onderwijs
In de huidige situatie (tot 1 augustus 2014) kunnen leerlingen die zware ondersteuning nodig hebben met een 'rugzakje' deelnemen aan het regulier onderwijs (www.passendonderwijs.nl). Kinderen die een indicatie hebben voor speciaal onderwijs kunnen kiezen tussen een school voor speciaal onderwijs of voor leerlinggebonden financiering om onderwijs op een reguliere school te volgen. De school waar het kind ingeschreven staat, krijgt dan extra geld om het kind extra te kunnen helpen. Uit het rugzakje worden betaald: extra formatie (uren personeel), ambulante begeleiding en extra materiaal (leer- en hulpmiddelen) (CG-Raad, 2013). Een rugzakje is mogelijk in het basisonderwijs, het voortgezet onderwijs (inclusief leerwegondersteuning en praktijkonderwijs) en het middelbaar beroepsonderwijs (mbo, regionaal opleidingscentrum (roc)).

Weer samen naar School, Leerwegondersteunend onderwijs en Praktijkonderwijs
Voor kinderen die lichte onderwijsondersteuning nodig hebben, zijn samenwerkingsverbanden ingericht voor primair onderwijs ('Weer samen naar School' (WSNS)) en voor voortgezet onderwijs (www.passendonderwijs.nl). Bij een WSNS-samenwerkingsverband is jaarlijks geld beschikbaar voor het in stand houden van een speciale basisschool voor kinderen met gedrags- of leerproblemen die niet op de gewone basisschool tot hun recht kunnen komen en voor basisscholen om interne begeleiders of 'remedial teachers' te betalen. De samenwerkingsverbanden voortgezet onderwijs hebben eveneens een zorgbudget voor zorgcoördinatoren en mentoren. Er is extra ondersteuning aan vmbo-leerlingen (leerwegondersteunend onderwijs) en aan leerlingen in het praktijkonderwijs. De samenwerkingsverbanden gelden niet voor leerlingen die zware ondersteuning nodig hebben (cluster 3 en 4; zie *Tabel B5.1* in *Bijlage* 5). Daarvoor is het speciaal onderwijs. Bij de nieuwe Wet passend onderwijs worden lichte en zware onderwijsondersteuning wel de verantwoordelijkheid van de nieuwe samenwerkingsverbanden passend onderwijs.

Professionalisering van docenten
Het nieuwe stelsel voor passend onderwijs betekent onder andere dat docenten vanaf 1 augustus 2014 voldoende bagage moeten hebben om te kunnen omgaan met verschillen tussen leerlingen (OCW, 2011). Ze moeten kunnen signaleren wanneer een leerling extra onderwijsondersteuning nodig heeft. Als dat zo is, dan voorzien ze zelf in die behoefte of schakelt de school hulp in, zonder al te veel bureaucratie. Volgens de Inspectie van Onderwijs was in 2008/2009 ongeveer de helft van de docenten (nog) niet in staat voldoende in te spelen op de verschillende onderwijs- en zorgbehoeften van leerlingen. Daarom investeert het ministerie van OCW in de verdere ontwikkeling van leraren (www.passendonderwijs.nl). Schoolbesturen krijgen extra budget om leraren verder te scholen. Ook toekomstige leraren worden voorbereid op passend onderwijs (zie *paragraaf* 2.4.2).

Wet kwaliteit (voortgezet) speciaal onderwijs
Voor leerlingen die zware ondersteuning nodig hebben via het speciaal onderwijs is de nieuwe Wet kwaliteit (voortgezet) speciaal onderwijs van belang. Deze is tegelijk met de Wet passend onderwijs door de Eerste Kamer aangenomen, maar is een jaar eerder ingegaan, op 1 augustus 2013. De Kwaliteitswet is vooral gericht op meer opbrengstgericht werken in het (voortgezet) speciaal onderwijs. Het doel hiervan is leerlingen een grotere kans te bieden om na afloop van hun opleiding maatschappelijk te kunnen participeren, bijvoorbeeld door door te stromen naar regulier vervolgonderwijs of naar de arbeidsmarkt.

Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten
Jongeren die door ziekte of handicap beperkingen hebben en als gevolg daarvan niet in staat zijn om zelfstandig voldoende te verdienen, kunnen een beroep doen op de Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten, ofwel de Wajong. Dit is de naam van de wet sinds 1 januari 2010. Voor die tijd gold de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering jonggehandicapten. De Wajong is voor jongeren die op hun 17e verjaardag een langdurige ziekte of handicap hebben of jonger dan 30 jaar zijn en tijdens hun studie een langdurige ziekte of handicap krijgen. Vanwege de sterke toename van de instroom in de Wajong sinds 2002 (zie *paragraaf 2.1*) is deze wet aangepast. De nieuwe Wajong die op 1 januari 2010 van kracht werd, heeft als primair doel het verhogen van de arbeidsparticipatie van jongeren met een beperking. De nadruk ligt in de nieuwe Wajong vooral op wat Wajongers wél kunnen. Jonggehandicapten komen dan, afhankelijk van hun arbeidssituatie, terecht in een studie-, uitkerings- of werkregeling. Vanaf januari 2015 wordt een deel van de Wajong ondergebracht in de Participatiewet. Jongeren met beperkingen die arbeidsmogelijkheden hebben zullen dan onder deze Participatiewet vallen. Een Wajong-uitkering is dan alleen nog mogelijk voor jongeren die duurzaam geen arbeidsmogelijkheden hebben (SZW, 2013).

Voorkomen van langdurig schoolverzuim en voortijdig schoolverlaten

Leerplicht en kwalificatieplicht
Kinderen en jongeren zijn leerplichtig van 5 jaar tot 16 jaar; daarom zijn scholen verplicht om schoolverzuim te melden bij het DUO verzuimloket (Rijksoverheid, 2013a). Voor leerlingen die aan het eind van het schooljaar dat ze 16 jaar worden nog geen startkwalificatie hebben, geldt een kwalificatieplicht. Zij moeten tot hun 18e jaar onderwijs volgen dat tot een startkwalificatie leidt en mogen geen volledige baan accepteren. Een combinatie van leren en werken is wel toegestaan.

Wet ondersteuning onderwijs zieke leerlingen
Via de Wet onderwijsondersteuning zieke leerlingen (Woozl) van 1999 is de school verantwoordelijk voor het onderwijs aan zieke leerlingen. De wet heeft tot doel te voorkomen dat een leerling die langdurig ziek is of in een ziekenhuis is opgenomen onnodige leerachterstand oploopt of zijn sociale contacten met klasgenoten verliest.

Stimuleringsprogramma ‘Aanval op schooluitval’
Vanuit het ministerie van OCW loopt een meerjarig stimuleringsbeleid: het programma ‘Aanval op schooluitval’ (www.aanvalopschooluitval.nl). Dit is een pakket aan extra maatregelen dat schooluitval actief bestrijdt. De doelstelling is om het aantal nieuwe voortijdig schoolverlaters te verminderen van 39.100 in 2010 (OCW, 2013a) tot maximaal 25.000 in 2016. Scholen, gemeenten, Regionale Meld- en Coördinatiepunten (RMC), jeugdzorg, maatschappelijk werk, werkgevers, Centra voor Werk en Inkomen, politie, justitie en ouders zetten zich samen met OCW in om het aantal nieuwe schooluitvallers terug te brengen. Het gaat hier om schooluitval in het algemeen, dus niet specifiek om schooluitval van kinderen en jongeren met gezondheidsproblemen.

Landelijke handreiking ‘Snel terug naar school is veel beter!’
De ontwikkeling van de landelijke handreiking ‘Snel terug naar school is veel beter’ (Vanneste & Lanser, 2010) is strikt genomen geen landelijk beleid, maar is wel gefinancierd door de ministeries van OCW en VWS en het voormalige ministerie van Jeugd en Gezin. De handreiking biedt praktische handvatten voor

een integrale aanpak van onnodig schoolziekteverzuim bij kinderen en jongeren. De handreiking is bestemd voor scholen, diensten jeugdgezondheidszorg, Gemeentelijke/gewestelijke gezondheidsdiensten (GGD'en), Centra voor Jeugd en Gezin, gemeenten en leerplichtambtenaren. Met de handreiking kunnen zij zelf komen tot lokale samenwerkingsafspraken in de aanpak van schoolziekteverzuim. Vroegsignalering is daarbij ook van belang. De aanpak sluit nauw aan bij het beleid om de samenwerking tussen het onderwijs en gemeenten bij de zorg voor kinderen en jongeren te verbeteren.

Regionale Meld- en Coördinatiepunten
Om voortijdig schoolverlaters een betere uitgangspositie in de maatschappij te geven, heeft het ministerie van OCW de RMC's ingesteld (NJi Dossier Voortijdig schoolverlaten, 2013a). Alle gemeenten in Nederland zijn verplicht voortijdig schoolverlaters tot 23 jaar te registreren en ervoor te zorgen dat zij via een passend traject (onderwijs, baan of een combinatie daarvan) alsnog een startkwalificatie kunnen behalen. Om dit mogelijk te maken, is wettelijk vastgelegd dat de gemeenten in RMC-regio's moeten samenwerken met de sectoren onderwijs, jeugdzorg, justitie en arbeid.

2.4.2 Regionale en lokale initiatieven

Passend onderwijs en de overgang naar werk

Wet passend onderwijs vereist maatregelen van scholen
De zorgplicht die scholen vanuit de toekomstige Wet passend onderwijs hebben, vraagt om maatregelen op het terrein van de toegankelijkheid van scholen, aanpassingen in het lesmateriaal, deskundigheidsbevordering van leerkrachten en extra ondersteuning in de klas. Veel scholen beschikken al over dergelijke voorzieningen. Scholen moeten daarbij samenwerken met andere partijen. De overgang van school naar werk krijgt aandacht in het kader van de Wet kwaliteit (voortgezet) speciaal onderwijs. Hieronder gaan we hier verder op in en geven we enkele voorbeelden ter illustratie. Van de meeste initiatieven is echter nog weinig bekend over het bereik en de effectiviteit.

Praktische voorzieningen, faciliteiten en aanpassingen op school
Een aantal scholen zet voorzieningen en faciliteiten in om het voor leerlingen met gezondheidsproblemen gemakkelijker te maken (regulier) onderwijs te volgen. Scholen kiezen zelf of en hoe ze dit doen. Het gaat vooral om fysieke toegankelijkheid van gebouwen en faciliteiten. Voorbeelden van voorzieningen die scholen getroffen hebben, zijn een aangepast toilet, een lift, aangepast meubilair, aangepaste computers of een rustruimte (Poels-Ribberink et al., 2011). Andersoortige praktische faciliteiten die scholen bieden aan ouders en kinderen zijn hulp bij de aanvraag van voorzieningen, voorlichting over regelingen en aanvraagprocedures (de Klerk, 2007). Ook faciliteiten als een elektronische leeromgeving, zoals de mogelijkheid om colleges te beluisteren via een website, horen hierbij (Poels-Ribberink et al., 2011). Een aantal hbo/wo-instellingen passen het reguliere schoolprogramma van jongeren met (fysieke of psychische) gezondheidsproblemen aan, zodat ze met extra tijd en/of begeleiding een diploma kunnen halen (Poels-Ribberink et al., 2011). Bijvoorbeeld in de vorm van een persoonlijk tijd- en examenschema, een aangepast lesprogramma of bemiddeling en begeleiding bij stages (de Klerk, 2007). Voor zover ons bekend zijn dit individuele initiatieven van scholen. We hebben geen overzicht van hoeveel scholen dergelijke voorzieningen in de praktijk inzetten en hoe ze dat precies vormgeven.

Deskundigheid van leerkrachten
Scholen (schoolbesturen) regelen in het kader van de toekomstige Wet passend onderwijs ondersteuning voor leraren en leerlingen (www.passendonderwijs.nl). Elke school formuleert welke ondersteuning deze kan en wil gaan bieden aan leerlingen met een specifieke onderwijsbehoefte, welke expertise daarvoor moet worden ontwikkeld en wat dat betekent voor de (scholing van) leraren op hun school. Daarnaast zijn de lerarenopleidingen bezig vast te stellen wat leraren moeten weten om met leerlingen om te gaan die extra ondersteuning nodig hebben. Ook bestaat er voor docenten in het basisonderwijs en het voortgezet onderwijs een cursus ‘Passend Onderwijs’ (zie *tekstblok* 2.1).

Persoonlijke begeleiding op school
Scholen kunnen aandacht besteden aan leerlingen met gezondheidsproblemen door ze persoonlijk te begeleiden in het onderwijstraject door een mentor of coach. Dit kunnen ‘gewone’ leerkrachten zijn of speciaal opgeleide mentoren (‘pluscoaches’). Het schoolmaatschappelijk werk kan hier ook een rol in spelen. Sommige scholen voor regulier basis- en voortgezet onderwijs maken gebruik van ambulante begeleiding door leerkrachten uit het speciaal onderwijs (de Klerk, 2007). Het project ‘Blijven Op School’ (BLOS-klas) is een voorbeeld van een regionaal initiatief voor jongeren met gedragsproblemen die het reguliere onderwijs voortijdig of onnodig dreigen te verlaten (zie *tekstblok* 2.1).

Zorg- en adviesteams
Veel scholen maken gebruik van een multidisciplinair zorg- en adviesteam (ZAT). Een ZAT beoordeelt signalen van leerkrachten over de behoefte aan extra zorg voor een leerling. In een ZAT werken professionals uit de zorg voor jeugd samen met zorgfunctionarissen van de scholen om bij signalen van meervoudige problemen met jongeren zo snel mogelijk de juiste hulp in te schakelen (Rijksoverheid, 2013b). In de nieuwe Wet passend onderwijs wordt die samenwerking wettelijk verankerd. Het doel is om leerlingen met (vermoedens van) emotionele, gedrags-, ontwikkelings- en/of schoolleerproblemen te ondersteunen om te voorkomen dat ze uitvallen en/of zonder diploma de school verlaten. De scholen voor voortgezet onderwijs en het mbo hebben (bijna) allemaal een ZAT. Drie kwart van de basisscholen heeft toegang tot een bovenschoolse ZAT. Het Nederlands Jeugdinstituut is in 2010 gestart met een onderzoek naar de effectiviteit van de ZAT’s. Voor de regionale samenwerking rondom leerlingen met gedragsproblemen die (mogelijk) thuis komen te zitten, bestaat ook een apart initiatief: het project ‘Gedragswerk’ (zie *tekstblok* 2.1).

Overgang naar werk
Jongeren met ernstige gezondheidsproblemen die langdurig in behandeling zijn, hebben een groot risico op langdurig schoolverzuim en voortijdig schoolverlaten (zie ook *paragraaf* 2.3). Als ze daardoor geen startkwalificatie kunnen halen, zijn ze extra kwetsbaar voor problemen met het vinden van een baan. De cursus ‘Begeleid leren’ is een voorbeeld van een lokaal initiatief waarin aandacht is voor de aansluiting van deze kwetsbare groep jongeren op de arbeidsmarkt (zie *tekstblok* 2.1).

Tekstblok 2.1: Voorbeelden van maatregelen gerelateerd aan passend onderwijs en de overgang naar werk.

Cursus Passend Onderwijs
Voor docenten in het basisonderwijs en het voortgezet onderwijs en schoolleiding bestaat een cursus 'Passend Onderwijs' (Centrum voor Nascholing, 2011). Deelnemers krijgen inzicht in passend onderwijs, kunnen de regie nemen in de ontwikkeling van passend onderwijs op school, en kunnen op grond van hun eigen context bepalen wat er nodig is om passend onderwijs op school vorm te geven, de kwaliteit op school verder te ontwikkelen, en het team te betrekken bij duurzame kwaliteitsontwikkeling.

Project Blijven Op School (BLOS-klas)
Het project 'Blijven op School' ('BLOS-klas') (Jepma et al., 2011) is een regionaal initiatief dat in meerdere regio's loopt, waaronder Rotterdam, Utrecht en Heerhugowaard. Het komt voort uit het weer samen naar school (WSNS-)beleid (zie *paragraaf* 2.4.1). De doelgroep bestaat uit basisschoolleerlingen met gedragsproblemen die uit dreigen te vallen of die al thuiszitten. De BLOS-klas is een bovenschoolse voorziening waar de leerling tijdelijk kan verblijven. Leerlingen worden toegerust om beter te functioneren binnen het regulier basisonderwijs. Ook is er ondersteuning voor leerkrachten en ouders. Doel is voortijdig schoolverlaten of verwijzing naar speciaal onderwijs te voorkomen. Na afloop van de termijn gaat de leerling in principe terug naar de aanvankelijke school. De effectiviteit van de BLOS-projecten is niet bekend.

Project Gedragswerk
Het project 'Gedragswerk' (www.gedragswerk.nl) heeft tot doel de omvang en kwaliteit van de regionale samenwerking rondom leerlingen met gedragsproblemen te verbeteren. Daarmee wil het project het aantal leerlingen dat geen passend onderwijs krijgt, terugdringen. Het project werkt vanuit concrete ondersteuningsvragen van regionale partijen, zoals onderwijs- en zorgprofessionals, ouders of verzorgers, gemeenten en provincies. 'Gedragswerk' brengt alle betrokken regionale partijen met elkaar in gesprek (actietafels), om te komen tot een gezamenlijk plan van aanpak rondom de desbetreffende leerling(en). Vastgesteld wordt welke leerlingen buiten de boot vallen, hoe dat komt en hoe dat voor die specifieke leerlingen opgelost kan worden en welke partijen daarvoor nodig zijn, hoe dergelijke problemen in de toekomst te voorkomen zijn en hoe de voorgestelde activiteiten worden uitgevoerd. De sparringpartners van 'Gedragswerk' zijn onderwijsprofessionals. Het project wordt gefinancierd door het ministerie van OCW. In 2008/2009 is geëvalueerd in hoeverre de doelen van het project zijn gerealiseerd (Evaluatieonderzoek Gedragswerk, 2009).

Overgang naar werk: cursus Begeleid Leren
De cursus 'Begeleid Leren' (ROC Zadkine) (Kolenberg, 2009) ondersteunt leerlingen met psychosociale problemen, een psychische stoornis of beperkingen bij het kiezen, verkennen en volhouden van een reguliere opleiding. Het doel is de kansen op de arbeidsmarkt voor deelnemers te vergroten door hen een regulier diploma te laten behalen. Het merendeel van de deelnemers wordt via de ggz doorverwezen. Het is een lokaal initiatief van het ROC Zadkine in Rotterdam en

omgeving. Door een specifieke methode (de zogenaamde Individuele Rehabilitatiemethode) worden de opleidingsmogelijkheden aangegeven. Deelnemers kunnen gebruikmaken van het Zadkine Service Centrum. Dit centrum biedt een breed scala van diensten aan, zoals schoolmaatschappelijk werker, psycholoog, assessment en testmogelijkheden (niveau, dyslexie), uitstroombegeleiding, loopbaanbegeleiding, counselor en vaardigheidslessen. Er zijn geen evaluatiegegevens bekend van deze cursus.

Meer voorbeelden van maatregelen gerelateerd aan passend onderwijs zijn te vinden op www.passendonderwijs.nl. De initiatieven komen vanuit reguliere basisscholen, scholen voor voortgezet onderwijs, regionale samenwerkingsverbanden, expertisecentra, jeugdzorg en gemeenten.

Langdurig schoolverzuim en voortijdig schoolverlaten

Samenwerking staat centraal bij voorkomen schoolverzuim en voortijdig schoolverlaten
Er bestaan diverse projecten en interventies gericht op het terugdringen van schoolverzuim en voortijdig schoolverlaten. Structurele samenwerking tussen de school, de jeugdarts, de jeugdzorg en de leerplichtambtenaar staat daarbij centraal (de zorgstructuur in en om de school; zie ook *paragraaf* 2.4.2 de zorg- en adviesteams). Hierdoor kunnen problemen vroegtijdig worden gesignaleerd en kan snel actie worden ondernomen. Van de meeste projecten en interventies is weinig bekend over het bereik en de effectiviteit. *Tekstblok* 2.2 beschrijft een aantal voorbeelden van interventies en regionale/lokale projecten gericht op het voorkomen van (langdurig) schoolverzuim en voortijdig schoolverlaten.

Tekstblok 2.2: Voorbeelden van maatregelen gericht op het voorkomen van langdurig schoolverzuim en voortijdig schoolverlaten.

Interventie M@zl
De interventie ‘M@zl’ (Medische advisering ziek gemelde leerling) richt zich op het terugdringen van ziekteverzuim en voortijdig schoolverlaten op het vmbo (NJi Dossier Voortijdig schoolverlaten, 2013b). Het is een gestructureerde aanpak van signaleren, bereiken, adviseren en begeleiden van ziek gemelde leerlingen. De school, de jeugdarts en de leerplichtambtenaar werken daarbij intensief samen: de school signaleert, de jeugdarts adviseert en de leerplichtambtenaar handhaaft. De samenwerking wordt in een convenant vastgelegd. De school neemt het ziekteverzuimbeleid volgens M@zl op in het schoolreglement. Deze interventie is erkend als ‘theoretisch goed onderbouwd’.

Project Actietafel Thuiszitters Rotterdam
De ‘Actietafel Thuiszitters’ is een regionaal initiatief dat in meerdere regio’s loopt, en is gestart in de gemeente Rotterdam (Jepma et al., 2011; Verhoef et al., 2011). Hoofddoel is het verminderen van het aantal thuiszitters in het basisonderwijs en het voortgezet onderwijs. Secundaire doelen zijn het verkorten van de duur van het thuiszitten en – indien nodig – een snelle toeleiding naar passend onderwijs en/of passende zorg. Alle professionals die een taak en verantwoordelijkheid hebben rondom thuiszitters zitten bij elkaar aan tafel; meestal zijn dat vertegenwoordigers van de betrokken scholen, de leerplichtambtenaar, het REC en de Jeugdzorg. Evaluatie wees uit dat de periode van thuiszitten binnen het voortgezet (speciaal) onderwijs gemiddeld met twee weken is verkort in de periode van het eerste jaar van het initiatief in Rotterdam (2009/2010). Van de 102 besproken leerlingen zijn 75 leerlingen (versneld) (terug)geplaatst in het onderwijs.

Plusvoorzieningen
Scholen met plusvoorzieningen (‘Plusscholen’) bieden een samenhangende aanpak van onderwijs, zorg, arbeidsbemiddeling en andere vormen van gerichte ondersteuning. Deze scholen werken samen met (moeilijk bereikbare) ouders, jeugdzorg en GGD, en met de buurt en lokale arbeidsmarkt. Doel is ondersteuning en hulp te bieden aan jongeren (12-23 jaar) die door een opeenstapeling van problemen (gedragsproblemen, psychische problemen, instabiele thuissituatie, schulden en criminaliteit in de directe omgeving) geen aansluiting vinden op vervolgonderwijs en op de arbeidsmarkt. Het onderwijs is vaak praktijkgericht, waarbij nauw wordt samengewerkt met de regionale of lokale arbeidsmarkt (NJi Dossier Voortijdig schoolverlaten, 2013b). De resultaten van een evaluatie wijzen erop dat plusvoorzieningen die een combinatieprogramma zijn van onderwijs, zorg en eventueel arbeidstoeleiding en die daarnaast sterk inzetten op structuur, persoonlijke aandacht en verbondenheid, mogelijk effectief zijn in het voorkomen van voortijdig schoolverlaten onder overbelaste jongeren. De onderzoeksopzet laat het echter niet toe om harde uitspraken te doen over een causale relatie tussen de plusvoorziening en het voorkomen van uitval (Muskens et al., 2012).

Meer voorbeelden zijn te vinden op de website van aanvalopschooluitval.nl, in de categorie ‘zorg op school’ (11 projecten; zie www.aanvalopschooluitval.nl/voorbeeldprojecten/zoeken-op-thema/zorg-op-school).

3
Participatie van volwassenen

Veel volwassenen hebben gezondheidsproblemen. Deze kunnen belemmerend zijn voor maatschappelijke participatie op het terrein van betaalde of onbetaalde arbeid, informele zorg (mantelzorg) of andere vormen van participatie. Een verminderde arbeidsparticipatie kan zich uiten in kort- of langdurend ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkloosheid. Door het verwachte tekort aan arbeidskrachten als gevolg van de vergrijzing, is ook de participatie van mensen met gezondheidsproblemen hard nodig. Bovendien is maatschappelijke participatie van belang voor mensen zelf omdat het zin aan het leven geeft en het hen economische zelfstandigheid biedt.

Daarom geven we in dit hoofdstuk een antwoord op de volgende vragen:

1. Hoeveel volwassenen participeren op welk terrein?
2. Wat is de invloed van gezondheid op de maatschappelijke participatie van volwassenen?
3. Wat is de invloed van maatschappelijke participatie op de gezondheid van volwassenen?
4. Welke factoren zijn van invloed op de arbeidsparticipatie van volwassenen met gezondheidsproblemen?
5. Welke maatregelen kunnen worden ingezet om de arbeidsparticipatie van volwassenen met gezondheidsproblemen te bevorderen?

Focus op arbeidsparticipatie
Voor de eerste en tweede onderzoeksvraag kijken we breed naar diverse vormen van maatschappelijke participatie, zoals vrijwilligerswerk, lidmaatschap van een vereniging en informele zorg. Bij de beantwoording van de andere onderzoeksvragen richten we ons alleen op arbeidsparticipatie. Het gaat daarbij vooral om werken, verzuim, werkhervatting en arbeidsongeschiktheid (en niet om werkloosheid). De focus ligt op werknemers met psychische problemen en klachten aan het bewegingsapparaat.

Leeswijzer
Paragraaf 3.1 beschrijft de participatiegraad van volwassenen op de verschillende terreinen. *Paragraaf 3.2* beschrijft de participatie van volwassenen met gezondheidsproblemen vergeleken met volwassenen zonder gezondheidsproblemen en kijkt naar de invloed van gezondheid op participatie. *Paragraaf 3.3* gaat

in op de positieve en negatieve effecten van werken op gezondheid. *Paragraaf 3.4* gaat in op factoren die van invloed zijn op de arbeidsparticipatie van werknemers met psychische problemen of klachten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Tot slot geeft *paragraaf 3.5* een overzicht van maatregelen en interventies die aangrijpen op de gevonden factoren en dus mogelijkheden bieden om arbeidsparticipatie te bevorderen. Ook hier gaat het om werknemers met psychische problemen of klachten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat.

3.1 De participatie van volwassenen

Hoofdpunten

Vier op de vijf volwassenen van 25 tot 55 jaar heeft een betaalde baan. Na deze leeftijd neemt de arbeidsparticipatie snel af. Van de mensen van 55 tot 65 jaar werkt nog 53%. Wel is in deze leeftijdsgroep de arbeidsparticipatie het afgelopen decennium flink toegenomen. Ongeveer 8% van de 25- tot 65-jarigen ontvangt een vorm van arbeidsongeschiktheidsuitkering (Wajong, WGA, IVA, WAO of WAZ; eind 2012). Onder 55- tot 65-jarigen ligt het aandeel mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering bijna vier keer zo hoog als onder 25- tot 35-jarigen. Arbeidsongeschiktheid en werken sluiten elkaar niet uit, ongeveer de helft van de gedeeltelijk arbeidsongeschikten heeft werk naast de uitkering.

Van de 25- tot 65-jarige volwassenen verleent 20% informele zorg, doet één op de drie vrijwilligerswerk en is de helft lid van een vereniging. Tot 65 jaar neemt het verlenen van informele zorg toe met de leeftijd. Het aandeel mensen dat vrijwilligerswerk doet, verschilt nauwelijks tussen de leeftijdsgroepen. Het percentage volwassenen dat informele zorg verleent, is tussen 1993 en 2010 ongeveer gelijk gebleven.

Deze paragraaf gaat in op de participatiegraad van volwassenen. We kijken daarbij naar arbeidsparticipatie, vrijwilligerswerk, informele zorg en lidmaatschap van een sportvereniging of andere vereniging. Ook besteden we aandacht aan volwassenen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Voor het beschrijven van de participatiegraad hebben we gebruikgemaakt van de meest recente beschikbare bron met gegevens voor alle levensfasen. Een uitgebreid overzicht van de gebruikte indicatoren en bronnen staat in *Bijlage 3*.

Aandeel volwassenen dat informele zorg geeft, neemt toe met de leeftijd

Van de 25- tot 65-jarigen verleent 20% informele zorg (zie *Tabel 3.1*). Tot 65 jaar neemt het verlenen van informele zorg toe met de leeftijd. Onder 25- tot 35-jarigen verleent 10% informele zorg en onder 55- tot 65-jarigen is dat 26% (Bron: Gezondheidsmonitor 2012). Het aandeel mensen dat vrijwilligerswerk doet, is daarentegen redelijk gelijk verdeeld over de leeftijdsgroepen. De meeste 25- tot 65-jarigen die vrijwilligerswerk doen, doen dat voor een sportvereniging of een andere soort vereniging of organisatie (Bron: AVO 2007). Het percentage 25- tot 65-jarigen dat informele zorg en vrijwilligerswerk verleent is tussen 1993 en 2010 redelijk stabiel gebleven (Bron: Culturele Veranderingen 1993-2010).

Tabel 3.1: Percentage 25- tot 65-jarigen dat participeert in arbeid, informele zorg, vrijwilligerswerk en/of (sport) vereniging en dat een uitkering krijgt, naar leeftijd.

	25-34	35-44	45-54	55-64	Totaal (25-64 jaar)	Jaar	Bron
Arbeid							
baan ≥ 12 uur/week	82	81	79	53	74	2012	CBS
bijstand of WW-uitkering	6	7	7	7	7	2012	CBS/UWV
arbeidsongeschikt-heidsuitkering	4	5	8	15	8	2012	UWV
Informele zorg	10	15	25	26	20	2012	Gezondheids-monitor
Vrijwilligerswerk	30	39	38	36	36	2007	AVO
Lid vereniging	40	49	53	55	50	2007	AVO
Lid sportvereniging	43	32	27	24	29	2007	AVO

Helft is lid van een vereniging en een derde van een sportvereniging

Van de 25- tot 65-jarigen is 50% lid van een vereniging (zie *Tabel 3.1*). Het gaat dan vooral om lidmaatschappen van organisaties op het gebied van natuur en milieu, van een werkgevers- of MKB-organisatie of van een vakbond. Daarnaast is 29% van lid van een sportvereniging. Onder de hogere leeftijdsgroepen is het percentage mensen dat lid is van een vereniging hoger. Het is echter niet duidelijk of het lidmaatschap van een vereniging daadwerkelijk toeneemt met de leeftijd of dat dit komt door een cohort-effect (van den Broek et al., 2010). Het zou namelijk kunnen dat het lidmaatschap van een vereniging gebruikelijker is onder mensen geboren in de jaren 40 en 50 dan voor mensen geboren in de jaren 70 en 80. Lidmaatschap van sportverenigingen neemt juist af met de leeftijd.

Drie op de vier volwassenen van 25 tot 65 jaar heeft een baan

In de leeftijd van 25 tot 55 jaar hebben ongeveer vier van de vijf mensen een baan van 12 uur per week of meer (zie *Tabel 3.1*). Na die leeftijd neemt de arbeidsparticipatie snel af. Van de mensen van 55 tot 65 jaar werkt nog 53%. In totaal hebben drie van de vier volwassenen van 25 tot 65 jaar een betaalde baan.

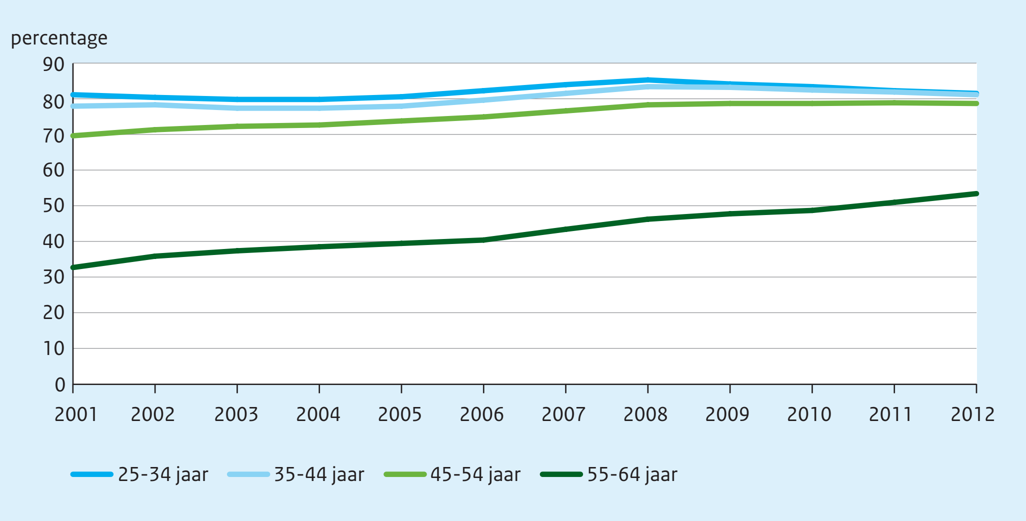
Arbeidsparticipatie 55- tot 65-jarigen afgelopen tien jaar sterk gestegen

Onder 55- tot 65-jarigen is de arbeidsparticipatie het afgelopen decennium flink toegenomen (zie ook *hoofdstuk 4*). In 2001 werkte nog 33% van de 55- tot 65-jarigen (zie *Figuur 3.1*). Ook onder mensen van 45 tot 55 jaar is het aandeel werkenden toegenomen, zij het in mindere mate. Onder 25-tot 45-jarigen is de arbeidsparticipatie vanaf 2001 eerst toegenomen en na 2008 weer afgenomen. Dit laatste heeft waarschijnlijk te maken met de huidige economische crisis.

Hoger opgeleiden participeren meer dan lager opgeleiden

De sociaaleconomische status hangt samen met participatie (Musick & Wilson, 2008; Kalwij & Vermeulen, 2008). Hoger opgeleide volwassenen participeren meer dan lagere opgeleide volwassenen in betaalde arbeid en vrijwilligerswerk en zijn vaker lid van een sportvereniging of andere vereniging. Alleen voor informele zorg is er geen verschil (Bron: AVO 2007).

Figuur 3.1: Aandeel personen met een betaalde baan van 12 uur of meer per week als percentage van de bevolking in 2001-2012, naar leeftijd (Bron: CBS StatLine 2013).



Eén op de twaalf volwassenen heeft een arbeidsongeschiktheidsuitkering
Eind 2012 ontving 8% van mensen in de leeftijd van 25 tot 65 jaar een arbeidsongeschiktheidsuitkering (Wajong, Regeling Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten (WGA), Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten (IVA), Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) of Wet arbeid en zorg (WAZ)) en 7% een bijstandsuitkering of uitkering in het kader van de Werkloosheidswet (WW) (zie *Tabel 3.1*). Onder 55- tot 65-jarigen ligt het aandeel mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering bijna vier keer hoger dan onder 25- tot 35-jarigen (15% versus 4%). Iemand is arbeidsongeschikt als hij door ziekte of een gebrek minder kan verdienen dan voorheen. Werknemers die vóór 1 januari 2004 arbeids-ongeschikt zijn geworden krijgen een WAO-uitkering. De WAO is eind 2005 vervangen door de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). De WIA bestaat uit twee regelingen: Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten en Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten (zie *paragraaf 3.5*). Jaarlijks zijn er ongeveer 35.000–40.000 nieuwe WIA-uitkeringen (instroom).

Deel van de arbeidsongeschikten werkt toch
De WIA is mede ingevoerd om werken naar vermogen meer te stimuleren. Arbeidsongeschikt zijn en werken sluiten elkaar dus zeker niet uit. Van de mensen met een gedeeltelijke WGA-uitkering werkt 50%, van de mensen met een volledige WGA-uitkering 13% en van de mensen met een WAO-uitkering 21% (Bron: UWV 2013). De arbeidsparticipatie van mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering is tussen 2008 en 2011 gedaald (bijvoorbeeld bij gedeeltelijk arbeidsgeschikten van 56% in 2008 naar 50% in 2011). Dit komt deels vanwege de economische crisis waardoor het voor werkgevers waarschijnlijk moeilijker is geworden om mensen met een beperking in dienst te houden of te nemen. Maar de daling komt ook doordat er steeds meer mensen zonder vaste relatie met de arbeidsmarkt een aanvraag voor een

WIA-uitkering doen. Deze mensen hebben tijdens de ziekteperiode geen werkgever om op terug te vallen en maken gebruik van het vangnet van de Ziektewet.

Sinds 2007 stijgt het aantal nieuwe arbeidsongeschiktheidsuitkeringen licht
Vanaf 2007 is een lichte stijging van de instroom in een arbeidsongeschiktheidsuitkering te zien. Deze stijging komt deels door de vergrijzing en de toename van de arbeidsparticipatie onder vrouwen. Zowel ouderen als vrouwen hebben namelijk een groter risico op langdurige ziekte. Meer ouderen en meer vrouwen in de beroepsbevolking leidt tot een toename van het aantal arbeidsongeschikten (Kenniscentrum UWV, 2011) (zie ook *paragraaf 4.1*). Sinds de invoering van de WAO in 1967 steeg het aantal mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering flink. Tussen 2002 en 2007 is de instroom echter fors gedaald na diverse ingrepen in de sociale zekerheid (zie *paragraaf 3.5*), om dus daarna weer iets toe te nemen.

3.2 Invloed van gezondheid op participatie

Hoofdpunten

Voor volwassenen (25- tot 65-jarigen) met gezondheidsproblemen geldt dat een minder goede gezondheid samenhangt met verminderde participatie op alle domeinen (arbeid, vrijwilligerswerk, lidmaatschap vereniging en sportvereniging), met uitzondering van informele zorg. Opvallend is dat chronisch zieken juist vaker informele zorg verlenen dan de mensen zonder ziekte.

Gezondheid is van invloed op (arbeids)participatie, maar dit betekent niet dat mensen die niet gezond zijn niet meedoen. Ook zijn mensen die participeren niet altijd gezond. Van de volwassenen met een betaalde baan heeft 32% een chronische aandoening, 6% beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten, 18% een minder goede mentale gezondheid en voelt 10% zich niet gezond.

In 2012 was 43,5% van het langdurig verzuim bij mannen het gevolg van klachten aan het bewegingsapparaat. Bij vrouwen zijn psychische aandoeningen met 38,3% de grootste veroorzaker van langdurig verzuim. Psychische aandoeningen (zoals depressie, burn-out en overspannenheid) en klachten aan het bewegingsapparaat zijn ook de meest voorkomende diagnosen bij instroom in een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Ook hart- en vaatziekten en kanker zijn hier belangrijk.

Niet alleen chronische ziekten en beperkingen zijn van invloed op de mate van arbeidsparticipatie, ook de beleving van de eigen gezondheid speelt een grote rol. Mensen die hun eigen gezondheid als matig of slecht ervaren zijn minder vaak aan het werk dan degene die hun eigen gezondheid positief waarderen.

Deze paragraaf beschrijft de participatie van volwassenen in relatie tot gezondheidsproblemen. Net als in de vorige paragraaf kijken we daarbij naar arbeidsparticipatie, vrijwilligerswerk, informele zorg en lidmaatschap van sportvereniging of andere vereniging. Ook besteden we aandacht aan ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

De informatie over participatiegraad en de samenhang met gezondheid is gebaseerd op secundaire data-analyses. Hiervoor hebben we het AVO 2007 van het SCP gebruikt, omdat daarin zowel gegevens over vele vormen van participatie als over de gezondheid van de geënquêteerden zijn opgenomen. Voor de samenhang tussen gezondheid en arbeid en informele zorg konden we ook gebruik maken van de Gezondheidsmonitor 2012. Gegevens over de instroom in de WIA naar diagnose en de arbeidsparticipatie van mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering zijn afkomstig van het UWV. Deze informatie hebben we aangevuld met informatie uit de Nederlandse grijze literatuur (bijvoorbeeld rapporten van overheidsinstanties of onderzoeksinstituten) en enkele internationale overzichtsstudies. Een uitgebreid overzicht van de gebruikte indicatoren en bijbehorende bronnen staat in *Bijlage 3*.

Volwassenen met een chronische ziekte verlenen vaker informele zorg
Tussen gezondheid en het bieden van informele zorg bestaat een opvallend verband. Onder 25- tot 65-jarigen met een chronische ziekte is het aandeel mantelzorgers groter dan onder de mensen zonder een chronische ziekte (zie *Tabel 3.2*). Van degenen met een chronische ziekte biedt 19% hulp aan zieke of gehandicapte mensen en van de 25- tot 65-jarigen zonder een chronische ziekte is dat 13%. Deze bevinding op basis van gegevens uit AVO 2007 wordt bevestigd door gegevens uit de Gezondheidsmonitor 2012 (zie *Tabel B5.3* in *Bijlage* 5).

Volwassenen met een goede gezondheid doen vaker vrijwilligerswerk
Volwassenen met een chronische ziekte doen even vaak vrijwilligerswerk als mensen zonder chronische ziekte (zie *Tabel* 3.2). Voor de andere gezondheidsmaten is er wel een relatie met vrijwilligerswerk. Zo doet 37% van de volwassenen zonder beperkingen bij activiteiten vrijwilligerswerk tegen 33% van de mensen met beperkingen.

Gezonde volwassenen vaker lid van (sport)vereniging
Er is ook een duidelijk verband tussen gezondheid en lidmaatschap van een (sport)vereniging. Zo is van de volwassenen met een goede ervaren gezondheid 32% lid van een sportvereniging en van de volwassenen met een minder goede ervaren gezondheid is dat bijna de helft minder (17%). Ook mentale gezondheid en beperkingen bij activiteiten zijn gerelateerd aan het lidmaatschap van een (sport) vereniging. De enige uitzondering is dat mensen met een chronische ziekte even vaak lid zijn van een algemene vereniging dan de niet-zieken.

Volwassenen met een goede gezondheid hebben vaker een betaalde baan
Gezondheid hangt sterk samen met het al dan niet verrichten van betaalde arbeid (zie *Tabel 3.2*). Het verschil is het grootst voor beperkingen bij activiteiten en ervaren gezondheid. Zo werkt 83% van de mensen met een goede ervaren gezondheid tegenover 54% van de mensen met een minder goede ervaren gezondheid. Deze bevindingen op basis van gegevens uit AVO 2007 worden bevestigd door gegevens uit 2012 afkomstig van de omvangrijke Gezondheidsmonitor. Ook op basis van de Gezondheidsmonitor blijkt dat alle vier de gezondheidsmaten samenhangen met arbeidsparticipatie en dat voor beperkingen bij activiteiten de relatie het sterkst is (zie *Tabel B5.3* in *Bijlage* 5). De samenhang tussen gezondheid en arbeidsparticipatie blijkt daarnaast ook uit diverse buitenlandse studies (Oortwijn et al., 2011).

Tabel 3.2: Percentage 25- tot 65-jarigen met en zonder gezondheidsproblemen, dat participeert in arbeid, informele zorg, vrijwilligerswerk, vereniging en/of sportvereniging in 2007 (Bron: AVO 2007) [1].

Gezondheidsaspecten	Arbeid (≥1 uur/ week)	Informele zorg	Vrijwilligers-werk	Lid vereniging	Lid sport-vereniging
Ervaren gezondheid	a,b	a	a,b	a,b	a,b
goed	83	15	38	52	32
minder goed	54	18	31	43	17
Mentale gezondheid	a,b	a	a,b	a,b	a,b
goed	82	15	39	53	32
minder goed	67	17	30	42	23
Beperkingen bij activiteiten	a,b	a	a,b	a,b	a,b
nee	82	15	37	51	31
ja	47	19	33	45	18
Chronisch ziek	a,b	a,b			a,b
nee	85	13	38	50	32
ja	71	19	37	53	27

[1] Zie *Tabel B5.2* in *Bijlage* 5 voor het percentage volwassenen van 25 tot 65 jaar met een goede ervaren gezondheid, een goede mentale gezondheid, geen beperkingen of zonder chronische ziekte.

[a] Ongecorrigeerde relatie is significant (p<0,05). Met behulp van logistische regressie is getoetst of volwassenen zonder gezondheidsproblemen vaker participeren in de verschillende participatievormen dan volwassenen met gezondheidsproblemen. De tabel toont de niet-gecorrigeerde percentages.

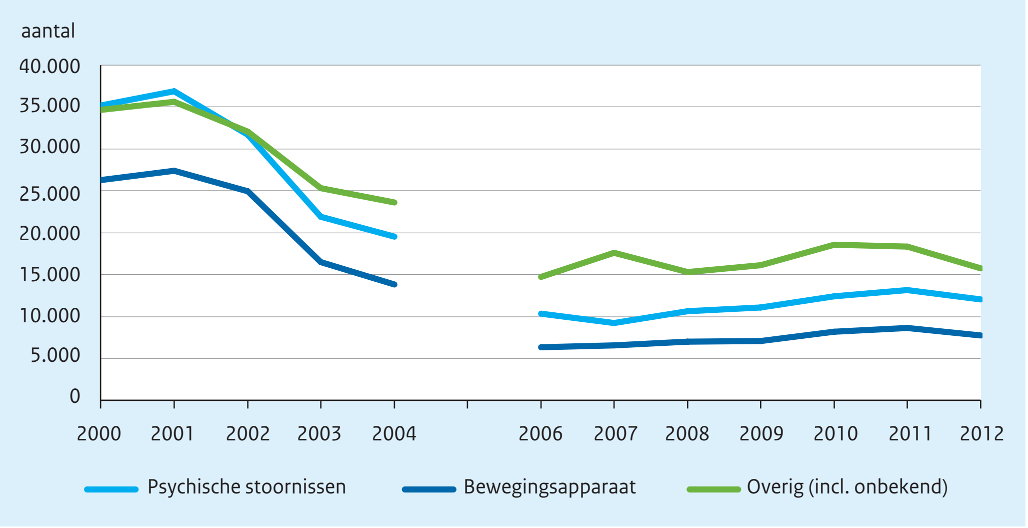
[b] Idem, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

Veel chronisch zieken werken
Hoewel chronisch zieken minder vaak een betaalde baan hebben, laten de resultaten van zowel het AVO 2007 als de Gezondheidsmonitor 2012 zien dat ongeveer 70% van de chronisch zieken tussen de 25 en 65 jaar een betaalde baan heeft. Dit percentage is wel afhankelijk van de wijze waarop een chronische ziekte is vastgesteld. In deze onderzoeken gaat het om zelfgerapporteerde ziekten uit een lijst van chronische ziekten. In het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten (NPCG) van het NIVEL zijn mensen geworven via de huisarts en gaat het dus om door een dokter gediagnostiseerde aandoeningen (Heijmans et al., 2011). In dit onderzoek heeft slechts een kwart van de chronisch zieken een betaalde baan. Het verschil met het AVO en de Gezondheidsmonitor is dat het om een andere leeftijdsgroep gaat (15 tot 65 jaar versus 25 tot 65 jaar), om een dienstverband van minimaal 12 uur en waarschijnlijk ook om patiënten met ernstigere (vormen van) chronische ziekten.

Veel volwassenen met een baan hebben gezondheidsproblemen
Omgekeerd zijn niet alle mensen met een baan gezond. Van de volwassenen met een betaalde baan heeft 32% een chronische aandoening, 6% beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten, 18% een minder goede mentale gezondheid en voelt 10% zich niet gezond (Bron: AVO 2007).

Minder goede gezondheid leidt tot uitval uit arbeidsproces
Een mogelijke verklaring voor de samenhang tussen gezondheid en arbeidsparticipatie is dat een minder goede gezondheid vaker leidt tot uitval uit het arbeidsproces (werkloosheid, vroegpensioen en

Figuur 3.2: Instroom WAO 2000 t/m 2004 en instroom WIA+WAO 2006 t/m 2012 van 25- tot 65-jarigen, naar diagnosegroep [1] (Bron: UWV 2013).

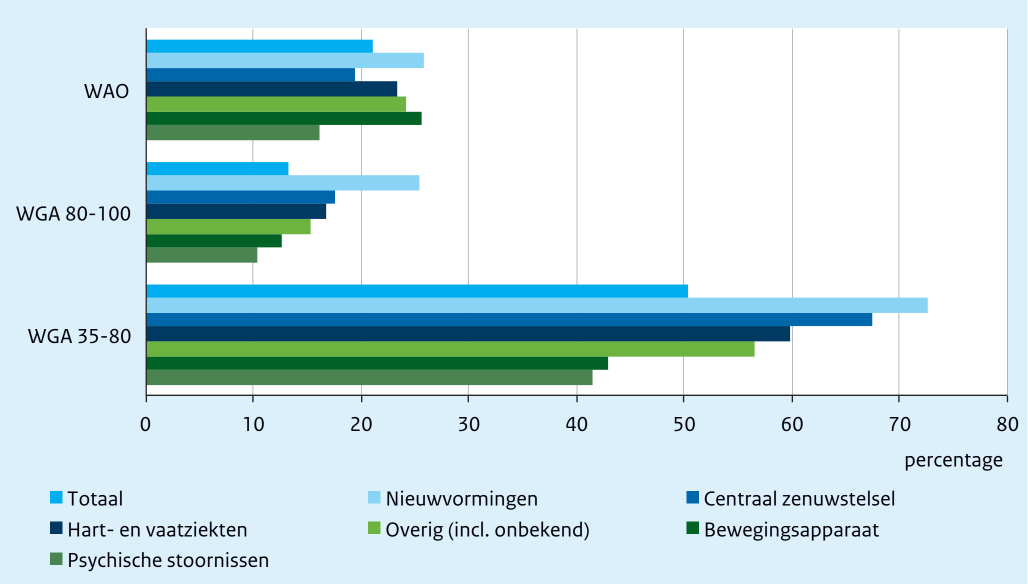


[1] In 2005 was er nauwelijks instroom omdat bij de invoering van de WIA als opvolger van de WAO de ziekteperiode is verlengd van één naar twee jaar.
WAO = Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering; WIA = Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen

arbeidsongeschiktheid). Dit causale effect blijkt uit longitudinale studies uit Nederland en verschillende EU-landen (Oortwijn et al., 2011; Schuring et al., 2013). Uit een van deze onderzoeken, de European Community Household Panel, komt naar voren dat een als slecht ervaren gezondheid een risicofactor is voor de overgang van werk naar geen werk (door werkloosheid, pensionering en het huishouden doen) (Oortwijn et al., 2011; Peracchi, 2002). Ook uit Nederlands onderzoek blijkt dat niet alleen de feitelijke gezondheidsproblemen van invloed zijn op de mate van arbeidsparticipatie maar ook de gezondheidsbeleving (van Rijssen & van Deursen, 2012; Kenniscentrum UWV, 2009). Zo zijn herbeoordeelde arbeidsongeschikten die hun gezondheid als goed bestempelden op het moment van de herbeoordeling en op latere peilmomenten vaker aan het werk dan herbeoordeelden met een matige of slechte ervaren gezondheid (Kenniscentrum UWV, 2009).

Psychische aandoening is belangrijkste oorzaak van arbeidsongeschiktheid
Een psychische aandoening is de meest gestelde diagnose bij mensen met een WIA- (of WAO-)uitkering. Eén op de drie 25- tot 65-jarigen die instromen in een WIA- (of WAO-)uitkering heeft een psychische stoornis. Het gaat dan vooral om aandoeningen zoals overspannenheid, burn-out en depressie. Eén op de vijf heeft een aandoening aan het bewegingsapparaat. Andere veelvoorkomende diagnosen bij arbeidsongeschiktheid zijn hart- en vaatziekten en kanker. *Figuur 3.2* laat zien dat het aantal 25- tot 65-jarigen dat instroomt in een arbeidsongeschiktheidsuitkering afnam tussen 2002 en 2006 en sinds 2007 weer licht gestegen is. Dit geldt ook voor de belangrijkste diagnosen afzonderlijk.

Figuur 3.3: Percentage WAO'ers/WGA'ers [1] van 25 tot 65 jaar met werk eind 2011, naar diagnosegroep [2] (Bron: UWV 2013).



[1] WGA 35-80 = gedeeltelijk arbeidsongeschikten (35%-80%); WGA 80-100 = volledig niet-duurzaam arbeidsongeschikten (80%-100%).
[2] Omdat de WAO geldt voor personen die ingestroomd zijn voor 1 januari 2004 en de WIA (met WGA) voor instroom vanaf 2006, zijn mensen met een WAO-uitkering al langer arbeidsongeschikt en daarmee gemiddeld ook ouder dan degenen met een WIA/WGA-uitkering.
WAO = Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering; WGA = Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten;
WIA = Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen

Uitkeringsgerechtigden met psychische aandoening of klachten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat werken minst vaak

Veel volwassenen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering werken toch (zie *paragraaf 3.1*). Opvallend is dat uitkeringsgerechtigden met de twee belangrijkste diagnosen (een psychische aandoening of een aandoening aan het bewegingsapparaat) het minst vaak aan het werk zijn. Het aandeel werkenden is het hoogst onder uitkeringsgerechtigden met kanker (nieuwvormingen). Zo werken vier op de tien gedeeltelijk arbeidsongeschikten met een psychische aandoening of met een aandoening aan het bewegingsapparaat. Van degenen met kanker werken er zeven op de tien (zie *Figuur 3.3*).

Gemiddeld verzuimen werknemers 4,3 dagen per 100 kalenderdagen

Gezondheidsproblemen leiden niet altijd tot uitval uit het arbeidsproces, maar vaak 'slechts' tot ziekteverzuim. Dit ziekteverzuim kan wel een voorbode zijn van daadwerkelijke uitval uit het arbeidsproces door arbeidsongeschiktheid. In 2011 verzuimden werknemers gemiddeld 4,3 dagen per 100 kalenderdagen. Het ziekteverzuim is sinds 2004 constant (Bron: NEA 2011).

Verschillende oorzaken voor kort- en langdurend verzuim
Op basis van zelfrapportages in 2012 verzuimde een derde (32,4%) van de werknemers de laatste keer wegens griep of verkoudheid, 17,3% wegens klachten aan het bewegingsapparaat (KAB), 4,0% wegens psychische klachten en 17,6% had naar eigen zeggen nog nooit verzuimd (Bron: NEA 2012) (Koppes et al., 2013). Op basis van geregistreerde gegevens over langdurig verzuim (meer dan twee weken) blijkt dat 39,1% van de verzuimende werknemers in 2012 verzuimde wegens KAB, 29,1% wegens psychische klachten en 32,4% wegens 'overige lichamelijke ziekten'. Mannen verzuimden voornamelijk vanwege KAB (43,5%) en vrouwen voornamelijk vanwege psychische klachten (38,3%) (Bron: ArboNed 2013) (van den Ende et al., 2013). De verschillen in percentages tussen de twee bronnen worden waarschijnlijk veroorzaakt doordat de cijfers van de NEA voornamelijk gebaseerd zijn op zelfgerapporteerd kortdurend verzuim (72% van het totale verzuim is immers kortdurend) en de cijfers van ArboNed alleen op geregistreerd langdurend verzuim.

Relatie tussen gezondheid en participatie geldt zowel voor laag- als hoogopgeleiden
Mensen met een minder goede gezondheid en een hoge sociaaleconomische status participeren in gelijke mate in betaalde arbeid, informele zorg en vrijwilligerswerk als mensen met een minder goede gezondheid en een lage sociaaleconomische status (Bron: AVO 2007). Kennelijk heeft sociaaleconomische status wél invloed op het participeren op zich, maar niet op de rol die gezondheid speelt in het al dan niet participeren (zie *Bijlage 4* voor een beschrijving van de analysemethode).

3.3 Invloed van participatie op gezondheid

Hoofdpunten

Werken is gezond
Een systematisch uitgevoerde literatuurstudie van Nederlandse en buitenlandse literatuur laat zien dat werken een positief effect heeft op depressie. Het effect van werken op psychologische 'distress' is echter minder duidelijk. Er zijn tegenstrijdige resultaten gevonden voor het effect van arbeidsparticipatie op fysiek functioneren en algemene ervaren gezondheid.

Maar arbeidsomstandigheden vaak ongunstig voor gezondheid
Arbeid kan ook negatieve effecten hebben op de gezondheid, zowel tijdens het werkzame leven als erna. Vooral schadelijke stoffen, passief roken, hoge werkdruk, zware lasten tillen, lawaai en gepest worden leiden relatief vaak tot gezondheidsklachten, beroepsziekten, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. In theorie is de meeste gezondheidswinst te behalen met maatregelen die blootstelling hieraan terugdringen.

De positieve gezondheidseffecten van arbeidsparticipatie lijken groter te zijn dan de gezondheidsrisico's door ongunstige arbeidsomstandigheden. Daarmee wordt de boodschap dat werken gezond is, bevestigd. Maar dit geldt waarschijnlijk niet voor iedereen. Voor mensen die zwaar of gevaarlijk werk doen en dus blootgesteld worden aan grotere arbeidsrisico's zal de balans minder gunstig uitpakken.

In de vorige paragraaf zagen we dat gezonde volwassenen over het algemeen vaker participeren dan minder gezonde volwassenen. Ook zijn er aanwijzingen uit longitudinale studies dat een minder goede gezondheid vaker leidt tot uitval uit het arbeidsproces. In deze paragraaf kijken we naar de omgekeerde relatie, namelijk naar de mogelijke positieve en negatieve effecten van participatie op de gezondheid. De focus ligt daarbij op de effecten van werken. We kijken eerst naar de effecten van arbeidsparticipatie op gezondheid en daarna besteden we aandacht aan arbeidsomstandigheden.

3.3.1 Effect van werken op gezondheid

Maakt werken gezonder?
'Werken maakt gezonder!' was de conclusie van een onderzoek van het Erasmus MC in 2010 onder bijstandsgerechtigden uit Rotterdam (Schuring et al., 2011). Schuring en haar collega's verwezen werkloze personen naar een re-integratiecentrum. Het hervatten van betaald werk leidde al binnen een half jaar tot positieve gezondheidseffecten. Het grootste effect was te zien op de mentale gezondheid. Daarnaast voelden de personen die het werk hadden hervat zich minder beperkt door emotionele of lichamelijke problemen dan de personen die werkloos waren gebleven. Ook gaven zij aan beter te functioneren in de sociale omgeving. Het hervatten van werk had geen effect op de algemene en fysieke gezondheid.

Systematische literatuurstudie naar de effecten van werken
Het hierboven beschreven onderzoek suggereert dus dat werken gezond is. Maar wordt dit ook bevestigd door eerdere onderzoeken? Hier beschrijven we de resultaten van een systematische literatuurstudie naar de gezondheidseffecten van arbeidsparticipatie (van der Noordt et al., submitted). Daarvoor zijn alleen studies met een longitudinale onderzoeksopzet opgenomen. Van elke studie is vervolgens de methodologische kwaliteit bepaald. In totaal zijn 32 onderzoeken meegenomen in deze systematische review.

Gunstig effect van werken op depressie; effect op psychologische distress en angst onduidelijk
De systematische literatuurstudie laat zien dat werken een beschermend effect heeft op depressie (van der Noordt et al., submitted). Zo lieten Claussen en collega's (1993 en 1999) zien dat personen die weer aan het werk waren gegaan na een follow-up-periode van twee en vijf jaar, de helft tot respectievelijk een kwart lager risico hadden op een depressie dan degenen die werkloos waren gebleven (Claussen, 1999; Claussen, 1993). Een studie uit 2011 (Miyake et al., 2011) liet een vergelijkbaar risico zien voor werkende versus werkloze vrouwen drie of vier maanden na de bevalling. Ondanks verschillen in onderzoeksgroep of wijze van meting van depressie, vonden de meeste studies dat werknemers een significant kleinere kans hebben op het ontwikkelen van een depressie en een grotere kans op verbetering en herstel van een depressie. Een gunstig effect van werken op psychologische 'distress' en angst is minder duidelijk. Een deel van de onderzoeken laat een gunstig effect zien en een deel vindt geen effect. Wel kunnen we concluderen dat werken niet nadelig is voor psychologische distress en angstklachten.

Tegenstrijdige resultaten voor het effect van werken op lichamelijke gezondheid
Effecten van werken op fysiek functioneren en somatische klachten (hoofdpijn, klachten aan hart- en vaatstelsel, buik, ademhalingsorganen en het bewegingsapparaat) zijn in verschillende onderzoeken aangetoond. Eén studie laat zien dat werkhervatters op de lange termijn (vijf jaar) een kleinere kans hebben op somatische klachten dan werklozen (Claussen, 1999). Nog een studie vindt dat de fysieke gezondheid minder snel afneemt bij personen die fulltime werken, vergeleken met werklozen (Ross & Mirowsky, 1995), terwijl de Nederlandse studie van Schuring en collega's geen effect vond voor werkhervatters op de fysieke gezondheid (Schuring et al., 2011). Kortom, er is geen eenduidig bewijs dat werken positieve effecten heeft op de lichamelijke gezondheid.

Tegenstrijdige effecten op ervaren gezondheid
Verschillende studies onderzochten het effect van werken op de ervaren algemene gezondheid en vonden tegenstrijdige resultaten. Eén onderzoek vond bijvoorbeeld dat de ervaren gezondheid van personen die fulltime werken minder afneemt dan die van niet-werkers (Ross & Mirowsky, 1995). De hiervoor genoemde Nederlandse studie van Schuring en collega's (Schuring et al., 2011) vond juist geen effect voor werkhervatters op de ervaren gezondheid. Geen van de studies rapporteerde negatieve effecten van werken op de ervaren gezondheid.

Mogelijk effect van werken op vroegtijdige sterfte
Er is slechts één studie gevonden naar het effect op vroegtijdige sterfte. Dit onderzoek laat zien dat vrouwelijke werknemers een verlaagd sterfterisico hebben in vergelijking met vrouwen die voor het huishouden zorgen (Rose et al., 2004). En hoewel dit onderzoek van hoge kwaliteit is, is dit onvoldoende om te concluderen dat werken de sterftekansen verlaagt.

Verklaringen voor gezondheidseffecten van werken
Het zou logisch zijn te veronderstellen dat de mechanismen voor de negatieve gezondheidseffecten van werkloosheid ook opgaan voor de (positieve) gezondheidseffecten van werken. Dit is echter maar ten dele het geval. Mechanismen die kunnen leiden tot ongunstige effecten van werkloosheid op de psychische gezondheid, zijn lage zelfwaardering, financiële druk, stressgevoelens, een gevoel van sociale ondermijning door anderen en de mate waarin werk als belangrijk wordt beschouwd door de betreffende persoon (Wanberg, 2012). De negatieve effecten van werkloosheid op de lichamelijke gezondheid worden vooral verklaard door de afname van de levensstandaard, zoals het niet in staat zijn om gezonde voeding te kopen en goede zorg te ontvangen. Maar ook een ongezonde leefstijl, zoals een toename van de alcoholconsumptie, speelt een rol in de relatie tussen werkloosheid en gezondheid (Korpi, 2001). Tot slot blijkt uit een meta-analyse dat werklozen maar liefst 63% meer kans hebben om vroegtijdig te sterven dan mensen die werken (Roelfs et al., 2011).

Zonder twijfel spelen genoemde factoren ook een rol voor de verklaring van de gevonden positieve effecten op gezondheid van werken. Werknemers vermijden immers de negatieve gevolgen van werkloosheid. Maar werken heeft ook directe positieve effecten (Dodu, 2005), zoals het hebben van een dagelijkse structuur, financiële zekerheid, mogelijkheden om je te ontwikkelen, sociale interactie, betekenisvolle levensdoelen en het leveren van een persoonlijke prestatie.

3.3.2 Effect van arbeidsomstandigheden op gezondheid

Werken is gezond, maar niet altijd voor iedereen
In *paragraaf 3.3.1* concludeerden we dat werken gezond is. Werken kan echter ook gezondheidsschade veroorzaken. Een flink deel van de werknemers loopt risico's op ongevallen of ziekten die worden veroorzaakt door blootstelling aan gevaren in de arbeidssituatie, zoals chemicaliën, fysieke overbelasting, lawaai en stress (Eysink et al., 2013a; Hooftman et al., 2012). Er zijn binnen de arbeidssituatie vele ongunstige arbeidsomstandigheden voor de gezondheid te onderkennen (zie *Tabel 3.3*). Een goede gezondheid is belangrijk voor arbeidsdeelname. Om werknemers zo lang mogelijk gezond aan het werk te houden, is het van belang om de arbeidsrisico's voor werknemers zo klein mogelijk te houden en voldoende hersteltijd te bieden aan de werknemers.

In deze paragraaf zetten we bij elkaar wat we weten over de effecten van arbeidsomstandigheden op zowel het ontstaan van een aantal arbeidsgerelateerde ziekten als op sterfte. Hiervoor kijken we naar de ziektelast van een selectie van ongunstige arbeidsomstandigheden. De ziektelast, uitgedrukt in Disability Adjusted Life Years (DALY's), is een maat voor het verlies aan gezondheid, waarbij vroegtijdige sterfte, de mate van vóórkomen van gezondheidsproblemen en de ernst van de gezondheidsproblemen worden meegenomen. Met behulp van de DALY kunnen de gevolgen van verschillende ziekten rechtstreeks met elkaar worden vergeleken. Hiermee is het mogelijk om de bijdrage van determinanten aan de ziektelast te berekenen, zoals de ziektelast als gevolg van passief roken en ongunstige arbeidsomstandigheden.

Tabel 3.3: Voorbeelden van belasting door arbeidsomstandigheden en daaraan gerelateerde aandoeningen (Eysink et al., 2013b; Hooftman et al., 2012).

Soort belasting	Voorbeelden van arbeidsomstandigheden	Voorbeelden van aandoeningen
Fysieke belasting	Zware lasten sjouwen, langdurig in gedraaide houding werken, inactiviteit (bijvoorbeeld zittend beroep)	(chronische) Klachten van het bewegingsapparaat
Belasting vanuit de omgeving	Blootstelling aan lawaai, werken met oplosmiddelen of andere vluchtige of bijtende stoffen	Lawaaislechthorendheid, huidproblemen, organisch psychosyndroom
Psychosociale belasting	Hoog werktempo, niet goed zelf kunnen regelen van tempo en andere zaken betreffende de taakuitvoering, slechte relaties op het werk, weinig zeggenschap over het werk en afnemende werkzekerheid onder andere door de flexibilisering van arbeidscontracten	Overspannenheid, burn-out, depressieve klachten, hart- en vaatziekten

Schadelijke stoffen zorgen voor de meeste ziektelast in Nederland in werkzame en gepensioneerde beroepsbevolking samen

Schadelijke stoffen zijn de grootste veroorzakers van de ziektelast in de werkzame beroepsbevolking en de bevolking van 65 jaar en ouder die gewerkt heeft ('gepensioneerde beroepsbevolking') samen (zie *Tabel 3.4*). Voorbeelden van deze schadelijke stoffen zijn anorganisch stof (kwartsstof, steenkoolstof), organisch stof (agrarisch stof, graanstof, katoenstof) en chemicaliën (tolueen, di-isocyanaten) (NVAB, 2003; ATS, 2005; ERS, 2005), maar ook omgevingstabaksrook. Deze stoffen veroorzaken de meeste ziektelast door COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease of chronisch obstructieve longziekte), longkanker en contacteczeem. Maar ook in mindere mate door mesothelioom (asbestkanker), astma, huidkanker, coronaire hartziekten en allergische rinitis. De ziektelast veroorzaakt door schadelijke stoffen is ongeveer even groot in de werkzame beroepsbevolking als in de gepensioneerde beroepsbevolking. Een reden hiervoor is dat het effect van de werkplekgerelateerde stofblootstelling vaak pas na het werkzame leven in een ziekte resulteert. Een duidelijk voorbeeld hiervan is de blootstelling aan asbest en het optreden van mesothelioom tien tot zelfs vijftig jaren later. Nu nog sterven ongeveer 400-500 (oud-) werknemers aan mesothelioom, terwijl sinds 1993 een algeheel verbod op asbest op de werkplek bestaat (Eysink et al., 2013a). De laatste jaren is het aantal nieuwe gevallen van mesothelioom gestabiliseerd; een afname van het aantal nieuwe gevallen wordt echter niet eerder dan na 2018–2020 verwacht (Burdorf et al., 1997; Sigsgaard et al., 2010; Hodgson et al., 2005). Daarna zal ook pas een afname in de ziektelast optreden. Een andere reden is dat veel van de ziekten die veroorzaakt worden door stofblootstelling chronische ziekten zijn. Deze ziekten zijn dus nog aanwezig als de werknemer gepensioneerd is en veroorzaken daar ook nog veel gezondheidsproblemen (Eysink et al., 2013a). Het is meestal niet mogelijk om de ziektelast per specifieke stof te berekenen doordat vaak niet precies bekend is welke stof de veroorzaker van de aandoening was; er zijn bijvoorbeeld wel 3.800 stoffen bekend die arbeidsgerelateerd contacteczeem kunnen veroorzaken (Eysink et al., 2013a).

Tabel 3.4: Rangordening van arbeidsrisico's en ziekten die de meeste ziektelast veroorzaken in Nederland in 2011 (Eysink et al., 2013a).[1]

Arbeidsrisico	Ziektelast toewijsbaar aan arbeidsrisico's		
	Totaal	Werkzame beroepsbevolking	Gepensioneerde beroepsbevolking
Stoffen (excl. blootstelling aan tabaksrook, incl. blootstelling aan asbest)	COPD Longkanker Contacteczeem Mesothelioom Astma Huidkanker Coronaire hartziekten Allergische rinitis Slechthorendheid	Contacteczeem Longkanker COPD Astma Mesothelioom Huidkanker Coronaire hartziekten Allergische rinitis Slechthorendheid	COPD Longkanker Contacteczeem Mesothelioom Huidkanker Astma Coronaire hartziekten Allergische rinitis Slechthorendheid
Omgevingstabaksrook (passief roken)	COPD Longkanker Coronaire hartziekten Astma Allergische rinitis	Longkanker COPD Coronaire hartziekten Astma Allergische rinitis	COPD Coronaire hartziekten Longkanker Astma Allergische rinitis
Psychosociale werkbelasting, zoals hoge werkdruk, lage autonomie, traumatische ervaringen (incl. agressie en intimidatie), gebrek aan sociale steun van leidinggevende en/of collega's, gepest worden, emotionele belasting	Burn-out PTSS Depressie Coronaire hartziekten	Burn-out PTSS Depressie Coronaire hartziekten	n.b. n.b. n.b. n.b.
Fysieke werkbelasting, zoals beeldschermwerk, hoge fysieke werkbelasting, (zeer) zware lasten tillen, kracht zetten	KANS Knieartrose Heupartrose Rugklachten	KANS Rugklachten Heupartrose Knieartrose	Rugklachten Heupartrose
Blootstelling aan arbeidssituaties, zoals contact met bewegend object, val (van hoogte, zwikken)	Letsel als gevolg van arbeidsongeval	Letsel als gevolg van arbeidsongeval	Letsel als gevolg van arbeidsongeval
Lawaai	Slechthorendheid	Slechthorendheid	Slechthorendheid

[1] Het gaat om de ziektelast van een selectie van arbeidsgerelateerde aandoeningen (toewijsbaar aan ongunstige arbeidsomstandigheden) in de werkzame beroepsbevolking, de gepensioneerde beroepsbevolking en het totaal van beide. De arbeidsrisico's zijn gerangschikt op de ziektelast als gevolg van arbeidsrisico's in de totale beroepsbevolking (werkzame + gepensioneerde). De rangordening van de ziekten is gebaseerd op de ziekten met de meeste ziektelast als gevolg van de arbeidsrisico's in de betreffende groep (totaal, werkzame beroepsbevolking, gepensioneerde beroepsbevolking).
COPD = chronic obstructive pulmonary disease; PTSS = posttraumatische stressstoornis; KANS = klachten aan arm, nek en/of schouder; n.b.= niet berekend, niet bekend, niet aanwezig of niet aantoonbaar (ziektelast <50 DALY's)

Passief roken ook grote veroorzaker van ziektelast
Van de stofblootstellingen veroorzaakt blootstelling aan tabaksrook op de werkvloer (passief roken) veel ziektelast door COPD, longkanker en coronaire hartziekten (zie *Tabel 3.4*). Blootstelling aan tabaksrook op de werkplek is door het verbod op roken op de werkplek (2004), en in horeca en kunst- en cultuurgelegenheden (2008) de afgelopen jaren afgenomen. Hierdoor zal naar verwachting de ziektelast door passief roken in de toekomst ook afnemen. Op korte termijn zal de vermindering van de ziektelast vooral merkbaar zijn voor aandoeningen met een korte latentietijd (astma). Voor aandoeningen met een langere latentietijd, zoals longkanker en COPD, zal de daling van de ziektelast als gevolg van werkplekgerelateerde blootstelling aan tabaksrook nog even op zich laten wachten. Het aandeel in de ziektelast door passief roken zal eerst afnemen in de werkzame beroepsbevolking en daarna in de gepensioneerde beroepsbevolking.

Psychosociale werkbelasting zorgt voor veel gezondheidsverlies
Psychosociale werkbelastingen zorgen voor veel gezondheidsverlies in de werkzame beroepsbevolking. Dit zijn werkbelastingen zoals hoge werkdruk, lage autonomie, traumatische ervaringen, gebrek aan sociale steun, gepest worden en emotionele belasting. Deze kunnen leiden tot burn-out, posttraumatische stressstoornissen (PTSS), depressie en coronaire hartziekten (zie *Tabel 3.4*). Met name de psychische aandoeningen burn-out en depressie zorgen voor veel ziektelast in de werkzame beroepsbevolking (Poos & Eysink, 2011).

Hoge werkdruk zorgt van de psychosociale werkbelastingen voor de hoogste ziektelast in de werkzame beroepsbevolking (zie *Tabel 3.4*). Hoge werkdruk veroorzaakt in eerste instantie stress, wat op zijn beurt kan leiden tot burn-out. Te hoge werkdruk kan ook bijdragen aan het ontwikkelen van depressie, coronaire hartziekten, klachten aan de arm, nek en/of schouder (KANS) en andere lichamelijke aandoeningen (Hooftman et al., 2012). Door gebrek aan gegevens kan deze ziektelast niet worden berekend. De werkelijke ziektelast veroorzaakt door hoge werkdruk kan nog hoger zijn. Van alle arbeidsrisico’s rapporteren zowel de Nederlandse werknemer als de Nederlandse werkgever werkdruk als meest voorkomend arbeidsrisico (Hooftman et al., 2012).

Ook veel gezondheidsverlies door fysieke arbeidsrisico’s
Veel werknemers staan bloot aan lichamelijke belasting zoals beeldschermwerk, zware lasten tillen, duwen en/of trekken, geknield of gehurkt werken en kracht zetten. Deze lichamelijk belastingen kunnen leiden tot KANS, rugklachten en knie- of heupartrose (zie *Tabel 3.4*). In de werkzame beroepsbevolking zorgt lichamelijke belasting dan ook voor veel gezondheidsverlies. De Gezondheidsraad heeft overigens geconcludeerd dat er geen grenswaarden aangegeven kunnen worden waarboven staand, geknield of gehurkt werken (GR, 2011), tillen (GR, 2012a), kracht zetten, duwen en trekken (GR, 2012b) en beeldschermwerken (GR, 2012c) schadelijk zijn voor de gezondheid. Vaak spelen psychosociale factoren, al dan niet werkgerelateerd, ook een rol bij de ontwikkeling van KANS en rugklachten. Over psychische risicofactoren voor lichamelijke problemen is echter nog relatief weinig bekend.

Gezondheidsverlies bij arbeidsongevallen en mesothelioom vrijwel geheel veroorzaakt door werk
De ziektelast van een aantal aandoeningen wordt slechts gedeeltelijk veroorzaakt door het werk. Maar andere aandoeningen, zoals arbeidsongevallen en mesothelioom, worden vrijwel geheel veroorzaakt door blootstelling aan arbeidsrisico’s (zie *Tabel 3.4*). Zo zijn per definitie alle arbeidsongevallen het gevolg

van arbeidsomstandigheden, dus de ziektelast door arbeidsongevallen is voor 100% toe te schrijven aan arbeidsomstandigheden. Bij de meeste arbeidsongevallen is sprake van 'contact met een object' (60%) of een val (21%).

Slechthorendheid door blootstelling aan lawaai neemt naar verwachting af
Naast schadelijke stoffen, passief roken en risico's als beknellingen of geraakt worden door objecten is er nog een ander arbeidsrisico vanuit de omgeving dat veel ziektelast veroorzaakt. Dit risico is de blootstelling aan lawaai en veroorzaakt slechthorendheid. Deze ziektelast komt voornamelijk tot uiting in de gepensioneerde beroepsbevolking. Het is te verwachten dat het aandeel van lawaai op het werk aan lawaaislechthorendheid de komende tijd zal dalen. Deels vanwege betere bescherming en het meer (toezien op het) dragen van de bescherming, deels vanwege een afname van werknemers in de industriële sector en een toename van andersoortige beroepen met minder lawaai op het werk.

Steeds meer 'nieuwe' risico's
Naast de bekende 'klassieke' arbeidsrisico's kunnen ook 'nieuwe' risico's, zoals (excessief) computer- en internetgebruik, veel zitten tijdens het werken, flexibel werken, stress en andere psychosociale arbeidsbelasting, leiden tot ongunstige gezondheidsuitkomsten. Zo worden onregelmatig werk en overwerk in combinatie met een meer flexibele combinatie van werk en privé steeds meer mogelijk door computergebruik en daaraan gerelateerde communicatiemogelijkheden. Dit heeft consequenties voor het optreden van ziekten en de ziektelast. Ook andere nieuwe, opkomende, ook fysieke, arbeidsrisico's hebben meer en meer de aandacht. Zo staan nano- en biotechnologie steeds meer in de belangstelling. Biologische agentia kunnen leiden tot ('nieuwe') ziekten, zoals Q-koorts, ziekte van Lyme, en tot (meer) ziektelast in de beroepsbevolking. Nanodeeltjes worden in verband gebracht met auto-immuunziekten zoals reumatoïde artritis.

Arbeidsgerelateerde ziektelast 3,9% van totale ziektelast in Nederland
Voor Nederland is geschat dat de arbeidsgerelateerde ziektelast 3,9% (onzekerheidsmarge 1,5%–7,2%) van de totale ziektelast is (Eysink et al., 2013b). De totale arbeidsgerelateerde ziektelast is de totale ziektelast (vroegtijdige sterfte en gezondheidsverlies) in 2007 als gevolg van ongunstige arbeidsomstandigheden in heden en verleden. De ziektelast betreft dus voor de meeste aandoeningen zowel de werkzame beroepsbevolking als de gepensioneerde beroepsbevolking. De arbeidsgerelateerde ziektelast in de werkzame beroepsbevolking wordt geschat op 2,7% (onzekerheidsmarge 1,0%–5,0%) van de totale ziektelast in Nederland.
Effecten van ongunstige arbeidsomstandigheden op de ziektelast zijn in dezelfde orde van grootte als milieufactoren (2%–5%), lichamelijke inactiviteit (4%) en ongezonde voeding (1%–2,4%) (Hoeymans et al., 2010). Roken veroorzaakt in Nederland de meeste gezondheidsschade (13,0% van de totale ziektelast).

Positieve gezondheidseffecten groter dan gezondheidsrisico's
De genoemde effecten van ongunstige arbeidsomstandigheden kunnen de vraag oproepen of werken inderdaad gezond is. In deze context werd een belangrijke conclusie getrokken door Waddell & Burton (2006). Zij concludeerden op basis van hun review dat over het geheel genomen de positieve gezondheidseffecten van arbeidsparticipatie groter zijn dan de gezondheidsrisico's van werken. Ook waren de positieve gezondheidseffecten groter dan de negatieve gezondheidseffecten van langdurige

werkloosheid (Waddell & Burton, 2006). Daarmee wordt de boodschap dat werken gezond is, bevestigd. Maar dit geldt niet voor iedereen. Voor groepen die zwaar of gevaarlijk werk doen en dus blootgesteld worden aan grotere arbeidsrisico's zal de balans minder gunstig uitpakken.

3.4 Determinanten van arbeidsparticipatie

Hoofdpunten

Determinanten bij psychische problemen
Persoonlijke factoren, gezondheidgerelateerde factoren en werkgerelateerde factoren zijn van invloed op verzuim en werkhervatting onder werknemers met psychische problemen. Zo zijn de kansen op werkhervatting hoger onder jongere en hoogopgeleide werknemers en onder werknemers met een positieve verwachting over herstel en werkhervatting. Gezondheidgerelateerde factoren die van belang zijn, zijn de ernst van de aandoening en de fysieke gezondheid. Met betrekking tot werkgerelateerde factoren gaat het om werkbelasting in werkuren en verantwoordelijkheden, kennis bij werkgevers en samenwerking tussen verschillende betrokken partijen. Voor werkhervatting lijkt het daarnaast van belang dat werknemers sociale steun ontvangen vanuit hun werkomgeving, zowel voorafgaand aan het verzuim en tijdens het verzuim als gedurende de re-integratie.

Determinanten bij klachten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat
Ook bij werknemers met klachten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat (KAB) is de ziekte of klacht zelf niet de enige bepalende factor voor arbeidsparticipatie. Ook hier hebben lager opgeleide werknemers met KAB een grotere kans om te verzuimen en het werk minder snel te hervatten dan hoger opgeleide werknemers met KAB. Daarnaast is de eigen verwachting met betrekking tot de werkhervatting van invloed. Specifiek voor KAB zijn functionele beperkingen en pijn. Indien deze ervaren worden, werkt dat nadelig voor het verzuim. Zowel zware fysieke als psychosociale werktaken hebben een negatieve invloed op de werkhervatting. Werkgerelateerde factoren die positief van invloed zijn op de werkhervatting van werknemers zijn sociale steun van leidinggevenden en collega's en een hoge autonomie van de werknemer zelf.

In de vorige twee paragrafen zagen we dat participatie en gezondheid sterk met elkaar samenhangen. Werk dat niet tot zware lichamelijke of psychische belasting leidt, is goed voor de gezondheid. En gezonde mensen werken vaker. Al betekent dat niet dat mensen die niet gezond zijn niet werken. Een relatief groot deel van de werknemers heeft gezondheidsproblemen. Psychische stoornissen en klachten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat (KAB) zijn daarbij de belangrijkste oorzaken van langdurig ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (zie *paragraaf* 3.2). Het is daarom van belang om ziekteverzuim en uitval uit het arbeidsproces te voorkomen en werkhervatting te bespoedigen van werknemers met psychische problemen of KAB. Daarnaast laten studies zien dat werkhervatting bij mensen met een psychische stoornis een belangrijk onderdeel kan uitmaken van het herstel (Krupa, 2007).

Om ziekteverzuim en uitval te voorkomen en werkhervatting te bevorderen is inzicht nodig in verklarende factoren. Wat bepaalt dat iemand met KAB of psychische problemen wel of niet deelneemt aan het arbeidsproces? Daarom beschrijven we in deze paragraaf eerst de determinanten van arbeidsparticipatie onder werknemers met psychische problemen of KAB. Daarbij maken we onderscheid tussen determinanten van (ziekte)verzuim en determinanten van werkhervatting. In de volgende paragraaf komen vervolgens de interventies en maatregelen aan bod.

De determinanten worden gerangschikt volgens de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Dit raamwerk deelt de determinanten in als persoonlijke factoren en externe factoren (inclusief werkgerelateerde factoren en ziektegerelateerde factoren) (zie *hoofdstuk 1*, Inleiding).

3.4.1 Determinanten voor werknemers met psychische problemen

In deze paragraaf beschrijven we de determinanten van ziekteverzuim en werkhervatting onder personen met psychische problemen. We richten ons hierbij hoofdzakelijk op psychische problemen in het algemeen, dat wil zeggen niet op een specifieke psychische aandoening zoals depressie of angst. De bevindingen zijn gebaseerd op twee eerder verschenen overzichten van de belangrijkste literatuur over functioneren op het werk en psychische problemen (Bekkers & Uiters, 2013; Bekkers & Proper, 2013). Deze rapportages omvatten in de eerste plaats overzichtsstudies, en zijn indien nodig aangevuld met originele studies.

Persoonlijke factoren

Tabel 3.5 laat persoonlijke factoren zien die van invloed zijn op werkhervatting onder werknemers met een psychische stoornis. Factoren die van invloed zijn op ziekteverzuim zijn hier omwille van de leesbaarheid van de tabel niet in opgenomen, maar worden in de tekst beschreven.

Leeftijd en opleiding van belang bij werkhervatting
Uit een aantal studies blijkt dat jongere werknemers en werknemers met een hogere opleiding hun werk sneller hervatten dan oudere respectievelijk lager opgeleide werknemers (Lagerveld et al., 2012; Nieuwenhuijsen et al., 2006; Flach et al., 2012; Cornelius et al., 2011). Een mogelijke verklaring is dat jongere en hoger opgeleide werknemers vaker begeleid worden in het proces van werkhervatting, waardoor ze meer gestimuleerd worden en mogelijk meer kansen krijgen om hun werk succesvol te hervatten (Lagerveld et al., 2012).

Eerder verzuim en duur van verzuim voorspelt de werkhervatting
Werknemers die zich al eens eerder ziek hebben gemeld wegens psychische klachten hervatten het werk minder snel dan werknemers die voor het eerst verzuimen (Cornelius et al., 2011; Lemieux et al., 2011; Koopmans et al., 2010; Dekkers-Sanchez et al., 2008). De duur van het verzuim is ook van invloed; langdurig verzuim verhoogt de drempel om het werk weer te hervatten (Oomens et al., 2010).

Positieve verwachting ten aanzien van herstel of werkhervatting is gunstig
Een andere belangrijke determinant van werkhervatting is de houding ten opzichte van het herstel, werk en werkhervatting (Lagerveld et al., 2012; Nieuwenhuijsen et al., 2006; Cornelius et al., 2011; Andersen et

Tabel 3.5: Persoonlijke factoren die van invloed zijn op werkhervatting [1] bij werknemers met een psychische stoornis (Bekkers & Proper, 2013; Bekkers & Uiters, 2013).

	Werk-hervatting	Bron
Hogere leeftijd	-	Cornelius et al., 2011 [b]; Nieuwenhuijsen et al. 2006 [a]; Flach et al., 2012 [a]; Lagerveld et al., 2012 [c]
Laag opleidingsniveau	-	Cornelius et al., 2011 [b]; Nieuwenhuijsen et al. 2006 [a]; Flach et al., 2012 [a]; Lagerveld et al., 2012 [c]
Bewegen	+	Brouwer et al., 2009 [a]; Muijzer et al., 2012 [a]; Brown et al., 2011 [b]
Bereidheid om meer energie in specifiek gedrag te steken	+	Brouwer et al., 2009 [a]; de Vries et al., 2012a [a]
Positief zelfbeeld	+	de Vries et al., 2012a [a]
Zelfbeheersing	+	de Vries et al., 2012a [a]
Optimisme	+	Kronstrom et al., 2011 [d]
Pessimisme	-	Kronstrom et al., 2011 [d]
Positieve verwachtingen over vermogen om te veranderen	+	Andersen et al., 2012 [b]
Positieve verwachtingen over werkhervatting	+	Lagerveld et al., 2012 [c]; Nieuwenhuijsen et al., 2006 [a]; Cornelius et al., 2011 [b]; Brouwer et al., 2009 [a]; Muijzer et al., 2012 [a]
Positieve herstelverwachtingen	+	NVAB, 2007 [e]
Weinig eigenwaarde	-	Rytsala et al., 2007 [a]
Positieve verwachtingen over omgaan met werkgerelateerde omstandigheden in de toekomst	+	Andersen et al., 2012 [b]
Aanwezigheid van stress veroorzakende factoren in het persoonlijke leven	-	Lemieux et al., 2011 [e]
Eerder ziekteverzuim vanwege psychische stoornis	-	Cornelius et al., 2011 [b]; Koopmans et al., 2010 [b]; Dekkers-Sanchez et al., 2008 [b]; Lemieux et al., 2011 [e]
Geschikte vaardigheden voor de functie waarin de werkhervatting plaats vindt	+	Muijzer et al., 2012 [a]
Houding ten opzichte van werken		
positief	+	Brouwer et al., 2009 [a]; Muijzer et al., 2012 [a]
negatief	-	Brouwer et al., 2009 [a]; Muijzer et al., 2012 [a]
Angst voor werkhervatting	-	Muijzer et al., 2012 [a]
Gebrek aan sociaal netwerk tijdens verzuim	-	Lemieux et al., 2011 [e]
Duur van het verzuim	-	Oomens et al., 2010 [e]
Perfectionistisch of groot verantwoordelijkheidsgevoel	-	Andersen et al., 2012 [b]

[1] Richting van het verband: verbeterend (+); verslechterend (-)
[a] observationele studie; [b] systematische review of meta-analyse; [c] quasi-experimenteel onderzoek; [d] gerandomiseerd onderzoek met controlegroep; [e] anders

Tabel 3.6: Gezondheidgerelateerde factoren die van invloed zijn op werkhervatting en verzuim [1] bij werknemers met een psychische stoornis (Bekkers & Proper 2013; Bekkers & Uiters 2013).

	Werk-hervatting	Minder verzuim	Bron
Goede lichamelijke gezondheid	+		Lagerveld et al., 2010 [c]
Positieve waardering gezondheid	+		Nielsen et al., 2012 [a]
Co-morbiditeit / andere lichamelijke of psychische klachten		-	Andersen et al., 2012 [b]; Plaisier et al., 2010 [a]
	-	-	Nieuwenhuijsen et al., 2006 [a]; Cornelius et al., 2011 [b]; OECD, 2012 [d]; Nielsen et al., 2012 [a]
Uitputting	-	-	Andersen et al., 2012 [b]
Vergeetachtigheid	-	-	Andersen et al., 2012 [b] (verzuim); NVAB, 2007 [d] (werkhervatting)
Concentratieverlies	-	-	Andersen et al., 2012 [b]; NVAB, 2007 [d] (werkhervatting)
Gebrek aan energie		-	Lagerveld et al., 2012 [c]
Ernst van de klachten	-	-	Andersen et al., 2012 [b]; Plaisier et al., 2010 [a] (verzuim); Nieuwenhuijsen et al., 2006 [a]; OECD, 2012 [d]; NVAB, 2005 [d] (werkhervatting)
Ondersteunende gezondheidszorg	+		de Vries et al., 2012a [a]
Langere duur van het verzuim	-		Oomens et al., 2010 [d]

[1] Richting van het verband: verbeterend (+); verslechterend (-)
[a] observationele studie; [b] systematische review of meta-analyse; [c] quasi-experimenteel onderzoek; [d] anders

al., 2012; Brouwer et al., 2009; Muijzer et al., 2012; NVAB, 2007). Werknemers die positieve verwachtingen hebben ten aanzien van het herstel of werkhervatting, hervatten het werk sneller dan werknemers die hier negatieve gedachten over hebben (Muijzer et al., 2012).

Gezondheidgerelateerde factoren

Goede lichamelijke gezondheid stimuleert werkhervatting

Tabel 3.6 laat zien dat werknemers met psychische klachten die een goede lichamelijke gezondheid hebben en die hun eigen gezondheid positief waarderen, hun werk gemiddeld sneller hervatten dan werknemers die in een minder goede lichamelijke gezondheid verkeren of hun gezondheid als matig of slecht ervaren (Andersen et al., 2012; Lagerveld et al., 2010). Een gebrek aan energie en een uitgeput gevoel verhogen ziekteverzuim en vertragen het werkhervattingsproces (Lagerveld et al., 2012; Andersen et al., 2012). Ook klachten als concentratievermindering en vergeetachtigheid hebben een negatieve uitwerking op de werkhervatting (NVAB, 2007) en het ziekteverzuim (Andersen et al., 2012). Tot slot speelt de ernst van de klachten ook een rol; ernstige klachten leiden eerder tot ziekteverzuim dan minder ernstige klachten (Plaisier et al., 2010).

Tabel 3.7: Werkgerelateerde factoren die van invloed zijn op werkhervatting [1] bij werknemers met een psychische stoornis (Bekkers & Proper 2013; Bekkers & Uiters 2013).

	Werk-hervatting	Bron
Weinig sociale steun	-	Lemieux et al., 2011 [d]
Tevredenheid met baan	+	Lemieux et al., 2011 [d]
Arbeidstherapie	+	Trimbos-instituut, 2003 [d]
Minder werkuren dan voorheen	+	Andersen et al., 2012 [b]
Geleidelijke toename in verantwoordelijkheden	+	Andersen et al., 2012 [b]
Geleidelijke toename in werkbelasting	+	Andersen et al., 2012 [b]
Sociale steun leidinggevende	+	Lemieux et al., 2011 [d]; Andersen et al., 2012 [b]; Brouwer et al., 2009 [a]; Brouwers et al., 2007 [c]; Janssen et al., 2003 [a]; Krause et al., 2001a [b]; Krause et al., 2001b [a]
Sociale steun collega's	+	Lemieux et al., 2011 [d]; Andersen et al., 2012 [b]; Brouwer et al., 2009 [a]; Brouwers et al., 2007 [c]; Janssen et al., 2003 [a]; Krause et al., 2001a [b]; Krause et al., 2001b [a]
Samenwerking tussen bedrijfsarts, UWV en behandelend arts	+	Andersen et al., 2012 [b]; Thota et al., 2012 [b]; Franche et al., 2005 [d]; Schoenbaum et al., 2002 [a]; Young et al., 2005 [d]
Vooroordelen t.a.v. psychische stoornissen	-	Lemieux et al., 2011 [d]
Gespannen sfeer op de werkvloer voor afwezigheid	-	Lemieux et al., 2011 [d]; NVAB, 2007 [d]
Arbeidsconflict	-	NVAB, 2007 [d]; OECD, 2012 [d]
Veranderingen in de organisatie tijdens afwezigheid	-	Lemieux et al., 2011 [d]
Gebrek aan kennis van leidinggevende over psychische stoornissen	-	Lemieux et al., 2011 [d]
Voorbereiding van de teamleden op werkhervatting	+	Lemieux et al., 2011 [d]
Aanwezigheid van vervanging tijdens werkhervatting		
stress en druk verminderend	+	Lemieux et al., 2011 [d]
nutteloos voelen	-	Lemieux et al., 2011 [d]
Ontmoeting van leidinggevende en werknemer op eerste werkdag	+	Lemieux et al., 2011 [d]
Oorzaak van ziekteverzuim ligt in de werksfeer	-	Muijzer et al., 2012 [a]
Veel banen binnen bedrijf	+	Muijzer et al., 2012 [a]
Grote werkgever	+	Muijzer et al., 2012 [a]
Positieve houding van de werkgever t.o.v. werkhervatting	+	Muijzer et al., 2012 [a]

	Werk-hervatting	Bron
Goede verhouding tussen werkgever en werknemer		
regelmatig contact	+	Muijzer et al., 2012 [a]
goed contact	+	Muijzer et al., 2012 [a]
Aanpassingen op de werkvloer	+	de Vries et al., 2012a [a]
Begrip en steun op de werkplek	+	de Vries et al., 2012a [a]
Positieve ervaring met werken	+	de Vries et al., 2012a [a]

[1] Richting van het verband: verbeterend (+); verslechterend (-)
[a] observationele studie; [b] systematische review of meta-analyse; [c] gerandomiseerd onderzoek met controlegroep; [d] anders

Werkgerelateerde factoren

Sociale steun en minder werkbelasting van positieve invloed op arbeidsparticipatie
Tabel 3.7 geeft werkgerelateerde factoren weer die de arbeidsparticipatie van een werknemer met een psychische stoornis kunnen bevorderen of juist belemmeren. Factoren die van invloed zijn op ziekteverzuim zijn hier omwille van de leesbaarheid van de tabel niet in opgenomen, maar worden in de tekst beschreven. Er zijn grofweg drie categorieën te onderscheiden: aanpassingen op de werkvloer, de rol van leidinggevenden en collega's, en bedrijfskenmerken (Bekkers & Uiters, 2013). Onderzoek laat met name determinanten binnen de eerste twee categorieën zien, waaronder het aantal werkuren, de werkbelasting en de sociale steun (Lemieux et al., 2011; Andersen et al., 2012; Brouwer et al., 2009; Brouwers et al., 2007; Janssen et al., 2003; Krause et al., 2001a; Krause et al., 2001b). Voor volledige werkhervatting zouden naast het aantal uren de verantwoordelijkheden en werkbelasting van de werknemer geleidelijk opgevoerd moeten worden (Andersen et al., 2012). Een essentieel onderdeel van geleidelijke werkhervatting is sociale steun van leidinggevenden en collega's, zowel tijdens het ziekteverzuim als tijdens de werkhervatting (Andersen et al., 2012; Brouwers et al., 2009).

Wat betreft de rol van de leidinggevende kan gebrek aan kennis over psychische problemen en de belastbaarheid van mensen met een psychische stoornis, vertraging opleveren in het werkhervattings-proces (Bekkers & Uiters, 2013; Lemieux et al., 2011). Het opvolgen van de adviezen van de bedrijfsarts en een goede samenwerking met zowel de bedrijfsarts als de behandelend arts zouden een positieve uitwerking kunnen hebben op het werkhervattingsproces (Oomens et al., 2010; Andersen et al., 2012).

Met betrekking tot kenmerken van het bedrijf, blijkt uit een recente Nederlandse studie dat werknemers met psychische problemen van kleine bedrijven gemiddeld langer verzuimen dan werknemers van grote bedrijven met meer dan 200 werknemers (Muijzer et al., 2012).

3.4.2 Determinanten voor werknemers met klachten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat

Klachten en aandoeningen aan bewegingsapparaat vormen breed spectrum
In deze paragraaf beschrijven we de determinanten van ziekteverzuim en werkhervatting onder werknemers met klachten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat (KAB). KAB omvat een brede verzameling van ziekten, klachten en aandoeningen aan spieren, pezen, gewrichten of botten (Picavet & Miedema, 2005). De belangrijkste specifieke ziekten en aandoeningen zijn osteoporose, artrose en gewrichtsontstekingen zoals reumatoïde artritis. Bij de klachten gaat het om pijnklachten aan één of meerdere onderdelen van het bewegingsapparaat, zoals lage rugklachten, nek- en schouderklachten en klachten aan de onderste of bovenste extremiteiten (benen en armen).

Reviews als basis voor de resultaten
De beschreven determinanten zijn gebaseerd op internationale wetenschappelijke literatuur vanaf 2006. Omdat er veel onderzoek op dit onderwerp is verricht, hebben we ons beperkt tot reviews aangevuld met enkele voorbeelden van Nederlands onderzoek. De meeste reviews richten zich op werknemers die verzuimen van het werk vanwege lage rugklachten en factoren die bijdragen aan terugkeer naar werk. Enkele andere reviews en individuele studies richten zich op KAB in het algemeen of op klachten van de bovenste of onderste extremiteiten in relatie tot ziekteverzuim, werkstatus of werkhervatting (zie *Tabel 3.8* en *Tabel 3.9* voor een overzicht van de gevonden resultaten). Analoog aan *paragraaf 3.4.1* zijn de determinanten onderverdeeld in persoonlijke factoren, gezondheidgerelateerde factoren en werkgerelateerde factoren.

Persoonlijke factoren

Geslacht en leeftijd lijken niet van invloed op de arbeidsparticipatie bij klachten aan bewegingsapparaat
De literatuur is wisselend over de rol van geslacht en leeftijd bij arbeidsparticipatie van werknemers met KAB. Zo vinden verschillende onderzoeken verschillende resultaten voor het effect van geslacht op werkhervatting (Bieleman et al., 2010; Bot et al., 2007; de Vries et al., 2012b; Geuskens et al., 2008; Muenchberger et al., 2008; Verkerk et al., 2012). Een toenemende leeftijd heeft volgens meerdere reviews soms een negatief en soms een positief effect op de arbeidsparticipatie van werknemers met KAB in het algemeen of met lage rugpijn (de Vries et al., 2012b; Muenchberger et al., 2008; Verkerk et al., 2012). Bij Nederlandse werknemers met heup- en knieklachten verkleint een hogere leeftijd de kans op werk (Bieleman et al., 2010).

Lager opleidingsniveau negatief effect op arbeidsparticipatie
Werknemers met een lagere opleiding hebben een grotere kans op verzuim dan werknemers met een hogere opleiding. Dit geldt voor werknemers met algemene KAB, voor werknemers met klachten aan de nek en bovenste extremiteiten en voor werknemers met heup- en knieklachten (Bieleman et al., 2010; Bot et al., 2007; de Vries et al., 2012b). Muenchberger en collega's laten zien dat opleidingsniveau ook van invloed is op de werkhervatting van werknemers met algemene KAB (Muenchberger et al., 2008).

Tabel 3.8: Determinanten van arbeidsparticipatie voor werknemers met klachten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat in het algemeen.

	Aan het werk blijven [a]	Bron
Persoonlijke factoren		
Opleidingsniveau	-	de Vries et al., 2012b
Doemdenken	0	de Vries et al., 2012b
Eigenwaarde	0	de Vries et al., 2012b
Huwelijkse staat	0	de Vries et al., 2012b
Geslacht (vrouw)	+/-	de Vries et al., 2012b
Leeftijd	+/-	de Vries et al., 2012b
Coping	+/-	de Vries et al., 2012b
Eigen effectiviteit	+/-	de Vries et al., 2012b
Gezondheidgerelateerde factoren		
Ervaren fysieke beperkingen	-	de Vries et al., 2012b
Psychologische distress	-	de Vries et al., 2012b
Pijn duur	0	de Vries et al., 2012b
Fysieke gezondheid	+/-	de Vries et al., 2012b
Mentale gezondheid	+/-	de Vries et al., 2012b
Pijn intensiteit	+/-	de Vries et al., 2012b
Depressieve symptomen	+/-	de Vries et al., 2012b

[a] Richting van het verband: verbeterend (+); verslechterend (-); geen relatie (0)

Eigen verwachtingen met betrekking tot terugkeer naar werk bepalend
De eigen verwachtingen van werknemers met betrekking tot hun terugkeer naar werk is bepalend voor de daadwerkelijke terugkeer. Werknemers met een positieve verwachting keren eerder terug dan werknemers met een negatieve verwachting (Bethge, 2010; Hallegraeff et al., 2012; Laisne et al., 2012). Het is echter niet te voorspellen hoeveel dagen zij thuis zullen blijven ten gevolge van bijvoorbeeld rugklachten (Kuijer et al., 2006).

Gezondheidgerelateerde factoren

Pijnintensiteit waarschijnlijk van invloed op arbeidsparticipatie
De literatuur laat overwegend een negatieve invloed zien van pijn op de arbeidsparticipatie. Wanneer werknemers die verzuimen door lage rugklachten weinig pijn ervaren, is de kans groter dat zij terugkeren naar het werk (Verkerk et al., 2012). Pijn is ook negatief van invloed op het ziekteverzuim en de werkstatus van werknemers met reuma, klachten aan de nek, bovenste extremiteiten, heupen en knieën (Bieleman et al., 2010; Bot et al., 2007; Geuskens et al., 2008; Lenssinck et al., 2013).

Tabel 3.9: Determinanten van arbeidsparticipatie voor werknemers met klachten aan het bewegingsapparaat, per lichaamsregio.

Lage rugklachten	Werkhervatting [a]	Bron
Persoonlijke factoren		
Geslacht	+/-	Verkerk et al., 2012
Leeftijd	+/-	Verkerk et al., 2012
Negatieve verwachting m.b.t. terugkeer naar werk of herstel	-	Kuijer et al., 2006; Bethge, 2010; Hallegraeff et al., 2012
'Fear avoidance beliefs'	-	Iles et al., 2008
Dagelijkse activiteiten	+/-	Verkerk et al., 2012
Gezondheidgerelateerde factoren		
Weinig pijn	+	Verkerk et al., 2012
Depressie	0	Iles et al., 2008
Werkgerelateerde factoren		
Weinig steun van collega's en leidinggevende	-	Bethge, 2010
Lage autonomie	-	Bethge, 2010
Hoge psychosociale werkbelasting	-	Bethge, 2010
Werktevredenheid	+/-	Bethge, 2010
Klachten aan nek en bovenste extremiteiten	**Ziekteverzuim [a]**	**Bron**
Persoonlijke factoren		
Geslacht (vrouw)	-	Bot et al., 2007
Lagere opleiding	-	Bot et al., 2007
Zorgen maken om klachten	-	Bot et al., 2007
Gezondheidgerelateerde factoren		
Pijn intensiteit	-	Bot et al., 2007
Psychologische distress	-	Bot et al., 2007
Functionele beperkingen	-	Bot et al., 2007
Verzuimd in voorgaande 3 maanden	-	Bot et al., 2007
Werkgerelateerde factoren		
Zwaar fysiek werk	-	Bot et al., 2007
Lang zitten	+	Bot et al., 2007
Veel computer werk	0	Bot et al., 2007
Autonomie	0	Bot et al., 2007

Functie-eisen	0	Bot et al., 2007
Steun van collega's	0	Bot et al., 2007
Baanzekerheid	0	Bot et al., 2007
Werkbelasting	0	Bot et al., 2007
Heup- en knieklachten (door osteoartritis)	**Werkstatus: werkend [a]**	**Bron**
Persoonlijke factoren		
Leeftijd	-	Bieleman et al., 2010
Geslacht (vrouw)	-	Bieleman et al., 2010
Lagere opleiding	-	Bieleman et al., 2010
Gezondheidgerelateerde factoren		
Slechte fysieke functies	-	Bieleman et al., 2010
Pijn	-	Bieleman et al., 2010
Slechte algemene gezondheid	-	Bieleman et al., 2010
Mentale beperkingen	0	Bieleman et al., 2010
BMI	0	Bieleman et al., 2010
Reuma	**Ziekteverzuim [a]**	**Bron**
Persoonlijke factoren		
Geslacht (man)	-	Geuskens et al., 2008
Gezondheidgerelateerde factoren		
Comorbiditeit	-	Geuskens et al., 2008
Pijn intensiteit	-	Geuskens et al., 2008; Lenssinck et al., 2013
Beperkingen bij activiteiten	-	Geuskens et al., 2008; Lenssinck et al., 2013
Afnemende activiteit vanwege pijn	-	Geuskens et al., 2008
Werkgerelateerde factoren		
Autonomie	+	Geuskens et al., 2008
Steun van leidinggevende	+	Geuskens et al., 2008

[a] Richting van het verband: verbeterend (+); verslechterend (-); geen relatie (0)
BMI = body mass index

Functionele beperkingen verhinderen arbeidsparticipatie
Werknemers met functionele beperkingen door reuma of algemene KAB, en in het bijzonder klachten aan de nek en bovenste extremiteiten, hebben een grotere kans om te verzuimen dan werknemers met deze klachten maar zonder functionele beperkingen (Bot et al., 2007; de Vries et al., 2012b; Geuskens et al., 2008; Lenssinck et al., 2013). Werknemers met heup- en knieklachten door osteoartritis met functionele beperkingen hebben een grotere kans om helemaal niet te werken (Bieleman et al., 2010). Dit effect van functionele status geldt vermoedelijk ook voor terugkeer naar werk van werknemers met algemene klachten aan het bewegingsapparaat (Muenchberger et al., 2008).

Verzuim in verleden voorspeller voor toekomstig verzuim
Indien werknemers in het verleden hebben verzuimd, is de kans groter dat zij in de toekomst nog eens zullen verzuimen vanwege dezelfde klachten (Bot et al., 2007). Er is echter geen bewijs dat de duur van het verzuim in het verleden een voorspeller is van de verzuimduur in de toekomst (Kuijer et al., 2006).

Werkgerelateerde factoren

Sociale steun van leidinggevenden en collega's stimuleren werkhervatting
Sociale steun op de werkplek, dat wil zeggen steun van collega's en leidinggevende(n), is van belang voor werkhervatting van werknemers met reuma en lage rugklachten. Verschillende studies laten zien dat werknemers die veel steun ontvangen een grotere kans hebben om terug te keren naar het werk en een kleinere kans hebben om te verzuimen dan werknemers die deze steun niet ontvangen (Geuskens et al., 2008; Bethge, 2010).

Autonomie draagt positief bij aan werkhervatting
Het is bekend dat autonomie werknemers motiveert in hun werk en bijdraagt aan de arbeidsvreugde (Nelson & Economy, 2005). Ditzelfde mechanisme lijkt op te gaan voor werknemers die verzuimen vanwege rugklachten. Werknemers met lage rugklachten met veel autonomie hebben een grotere kans om het werk te hervatten dan werknemers met lage rugklachten met weinig autonomie (Bethge, 2010). Volgens twee Nederlandse studies vermindert autonomie bij werknemers met reuma het ziekteverzuim (Geuskens et al., 2008), maar niet bij werknemers met klachten aan nek en bovenste extremiteiten (Bot et al., 2007).

Zware werkbelasting negatief van invloed op arbeidsparticipatie
De werkbelasting is van invloed op het ziekteverzuim en op de werkhervatting voor werknemers met KAB. Dit betreft zowel zware fysieke als psychosociale taakeisen en werkbelasting. Zwaar fysiek werk draagt ertoe bij dat werknemers die klachten aan de nek en bovenste extremiteiten ervaren eerder zullen verzuimen (Bot et al., 2007). Indien werknemers al verzuimen vanwege lage rugklachten en zij een hoge psychosociale belasting op het werk ervaren, zullen zij minder snel terugkeren naar het werk dan werknemers die een lage psychosociale werkbelasting ervaren (Bethge, 2010).

3.5 Maatregelen om arbeidsparticipatie te bevorderen

Hoofdpunten

Er bestaan verschillende wetten om arbeidsparticipatie van werknemers met langdurige aandoeningen te bevorderen. De WIA is weliswaar in eerste instantie een maatregel die werknemers beschermt tegen inkomensdaling, maar bevat ook een prikkel tot werken. Deze en andere aanpassingen in de wetten rondom arbeidsongeschiktheid zorgen voor een daling van het aantal arbeidsongeschikten sinds 1998. Daarnaast zijn er ook specifieke interventies om arbeidsparticipatie te bevorderen.

Interventies bij psychische problemen
Integrale programma's lijken een veelbelovende interventie om arbeidsparticipatie onder werknemers met een psychische stoornis te bevorderen. Het gaat dan om een combinatie van integratie van zorg en individuele ondersteuning. Maar waar deze programma's in andere landen effectief zijn gebleken, geldt dat voor Nederland nog een aantal barrières doorbroken moeten worden. Andere interventies die in onderzoek beschreven worden zijn veelal gericht op slechts één factor, zoals cognitieve gedragstherapie. Er is nog weinig onderzoek naar de effectiviteit van interventies op het gebied van het aanpassen van werkbelasting of het bevorderen van de sociale steun vanuit de werkomgeving.

Interventies bij klachten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat
Er worden verschillende typen interventies aangeboden om de arbeidsparticipatie van werknemers met KAB te bevorderen. Persoonlijke fysieke interventies richten zich op het vergroten van belastbaarheid en omvatten lichamelijke oefeningen. Ondanks dat deze veel worden uitgevoerd, zijn er wisselende effecten gevonden. De persoonlijke psychologische interventies omvatten veelal (cognitieve) gedragstherapieën en boeken overwegend gunstige resultaten. Ook interventies die zich richten op autonomie en sociale steun op de werkvloer, waaronder ergonomische en organisatorische interventies, lijken het verzuim te verminderen en werkhervatting te bevorderen.

In *paragraaf 3.4* hebben we een overzicht gegeven van de belangrijkste determinanten van arbeidsparticipatie onder werknemers met psychische problemen en klachten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat (KAB). In deze paragraaf geven we een overzicht van maatregelen en interventies die aangrijpen op de gevonden determinanten en dus mogelijkheden bieden om ziekteverzuim te voorkomen en werkhervatting te bevorderen bij werknemers met KAB of psychische problemen. Ook gaan we in op de effectiviteit van de interventies.

Voordat we ingaan op specifieke maatregelen en interventies voor werknemers met psychische aandoeningen of klachten aan het bewegingsapparaat beschrijven we eerst kort de algemene wetgeving en het algemene beleid gericht op het bevorderen van arbeidsparticipatie van werknemers met langdurige aandoeningen.

Wetgeving en beleid

Arbeidsongeschiktheidsuitkering bij langdurige ziekte
Een werknemer kan na 104 weken ziekte een uitkering aanvragen op basis van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). Om in aanmerking te komen voor een WIA-uitkering moet de werknemer voor ten minste 35% arbeidsongeschikt zijn (in de WAO was dat 15%) en nog niet de AOW-leeftijd bereikt hebben. De mate van arbeidsongeschiktheid wordt bepaald door een vergelijking van het loon dat de werknemer verdiende voordat hij ziek werd met het loon dat de werknemer nog kan verdienen (resterende verdiencapaciteit) volgens een arbeidsdeskundige en verzekeringsarts van het UWV.

De WIA bestaat uit twee regelingen:
1. Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten (IVA): voor werknemers met weinig tot geen arbeidsmogelijkheden en waarbij geen herstel meer is te verwachten. Iemand met een IVA-uitkering heeft geen re-integratieverplichting en is altijd volledig arbeidsongeschikt (80%-100%);
2. Regeling Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten (WGA): voor gedeeltelijk arbeidsgeschikten (35%-80% arbeidsongeschikt) en volledig niet-duurzaam arbeidsongeschikten (80%-100%) die nu of mogelijk in de toekomst nog arbeidsmogelijkheden hebben.

Prikkel tot werken voor gedeeltelijk arbeidsgeschikten
De WGA bevat een financiële prikkel tot werken. WGA'ers ontvangen namelijk maximaal 38 maanden (afhankelijk van hun arbeidsverleden) een loongerelateerde uitkering. Als men na deze periode niet werkt of minder dan de helft van de verdiencapaciteit verdient, krijgen gedeeltelijk arbeidsgeschikten een vervolguitkering die hooguit 51% van het minimuminkomen bedraagt. Gedeeltelijk WGA'ers die minimaal de helft van hun verdiencapaciteit benutten, ontvangen een loonaanvullingsuitkering. Ook volledig arbeidsongeschikten die niet werken, ontvangen zo'n loonaanvullingsuitkering.

Personen die in staat zijn om minimaal 65% van het oude inkomen te verdienen, komen niet in aanmerking voor een WIA-uitkering. Zij zijn op het moment van de beoordeling van de WIA-aanvraag wel twee jaar ziek geweest en hebben mogelijk (ernstige) beperkingen die het vinden of behouden van een plek op de arbeidsmarkt moeilijk maken.

Diverse overheidsmaatregelen dragen bij aan daling aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen
Sinds de invoering van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) in 1967 steeg zowel de instroom als het totaal aantal mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering flink tot 2001/2002. Diverse maatregelen vanaf 1998 hebben gezorgd voor een sterke afname van het aantal personen dat instroomt in de arbeidsongeschiktheidsverzekering (van Sonsbeek, 2012). Het gaat om de invoering van premiedifferentiatie in de WAO (1998), Wet verbetering poortwachter (2002), het aanpassen van de criteria waarmee de mate van arbeidsongeschiktheid wordt bepaald (2004) en de invoering van de WIA op 29 december 2005 ter vervanging van de WAO met per 1 januari 2004 een verlenging van de loondoorbetalingsperiode bij ziekte van één naar twee jaar. Ook de uitstroom uit de arbeidsongeschiktheidsuitkering is bevorderd met name door het herbeoordelen van de WAO-populatie aan de hand van striktere beoordelingscriteria tussen oktober 2004 en april 2009.

Premiekortingen voor werkgevers
Ook zijn er maatregelen gericht op de werkgever. Werkgevers die een arbeidsgehandicapte werknemer in dienst nemen of houden, krijgen korting op de WIA-premie. Vanaf 2013 zijn de bedragen voor de premiekorting, ook wel mobiliteitsbonus genoemd, iets verhoogd. Werknemers met een arbeids-handicap hebben tijdens de eerste vijf jaar van hun dienstverband vaak recht op een Ziektewetuitkering als zij ziek worden, zodat de werkgevers nauwelijks financieel risico lopen als de werknemer ziek wordt, de zogeheten no-riskpolis. Een werkgever die een arbeidsgehandicapte in dienst neemt die onder de no-riskpolis valt, heeft maximaal drie jaar recht op korting van 7.000 euro op de premies. De werkgever die een arbeidsgehandicapte in dienst houdt, heeft één jaar recht op deze korting (Hop, 2013).

Arboconvenanten en -catalogi om arbeidsrisico's te beperken
Een ander type algemene maatregelen zijn de Arboconvenanten en –catalogi (Arboportaal, 2013a; Arboportaal, 2013b). Om arbeidsrisico's aan te pakken, hebben werkgevers, werknemers en de overheid tussen 1999 en 2007 in totaal 69 Arboconvenanten opgesteld (Arboportaal, 2013b). Een Arboconvenant is een overeenkomst tussen het ministerie van SZW, werkgeversorganisaties en vakbonden met als doel het verbeteren van de arbeidsomstandigheden, het terugdringen van ziekteverzuim en het verlagen van het aantal mensen dat arbeidsongeschikt raakt. In 2007 is de Arbowet vereenvoudigd. Sinds dat jaar heeft de overheid doelvoorschriften gesteld voor veilig en gezond werken waarvan werkgevers en werknemers zelf mogen bepalen hoe ze eraan voldoen. Een doelvoorschrift is een wettelijke norm waar bedrijven verplicht zijn zich aan te houden. Werkgevers en werknemers bepalen op eigen initiatief welke maatregelen ze treffen om te voldoen aan deze doelvoorschriften. Deze maatregelen worden vastgelegd in een Arbocatalogus, gemaakt op branche- of bedrijfsniveau. De catalogus bestaat uit praktische handleidingen en goede voorbeelden voor veilig en gezond werken (Arboportaal, 2013a).

3.5.1 Maatregelen voor werknemers met psychische problemen

In deze paragraaf gaan we kort in op maatregelen die in de Nederlandse praktijk worden genomen om verzuim als gevolg van psychische gezondheidsproblemen te beperken of werkhervatting te bevorderen. Daarna beschrijven we interventies die gericht zijn op het bevorderen van arbeidsparticipatie onder werknemers met een psychische stoornis. Voor de beschrijving van de maatregelen en interventies en de effectiviteit ervan op arbeidsdeelname baseren we ons op grijze Nederlandse literatuur vanaf 2006 en op de (inter)nationale wetenschappelijke literatuur vanaf 2006. Daarbij richten we ons in de eerste plaats op overzichtsstudies, soms aangevuld met originele studies.

Voorbeelden maatregelen in Nederlandse bedrijven
In *tekstblok 3.1* worden vier voorbeelden gegeven van interventies voor werknemers met psychische problemen die in de Nederlandse praktijk worden uitgevoerd. Deze vier voorbeelden zijn een willekeurige selectie van de vele verschillende bestaande interventies, maar zij zijn onder te verdelen naar type determinant voor arbeidsparticipatie voor werknemers met psychische problemen: persoonlijke factoren, gezondheidgerelateerde factoren en werkgerelateerde factoren.

Tekstblok 3.1: Voorbeelden van maatregelen in Nederland om arbeidsparticipatie onder werknemers met een psychische stoornis te bevorderen.

Interventie gericht op persoonlijke factoren: voordeel op de lange termijn
Een voorbeeld van een Nederlandse studie waarbij de effectiviteit van een interventie is onderzocht onder mensen met een depressie werd uitgevoerd door Hees en collega's (Hees et al., 2013). Deze interventie bestond uit achttien sessies waarvan negen individuele sessies, acht groepssessies en een ontmoeting met de werkgever onder begeleiding van twee ervaren therapeuten. Gedurende de interventie hadden deze therapeuten vaak contact met de bedrijfsarts en de psychiater. Tijdens de therapie leerden mensen onder meer 'coping'-strategieën. Uiteindelijk bleek deze interventie de duur van het ziekteverzuim niet te verminderen, maar wel een positieve invloed te hebben op arbeidsparticipatie op de lange termijn. Werknemers die de therapie ontvingen in aanvulling op reguliere zorg hadden 24% meer kans op arbeidsparticipatie in goede gezondheid, gemeten achttien maanden na het invoeren van de interventie.

Interventie gericht op persoonlijke factoren: begeleid werken
Nederlands monitoronderzoek van Aarts en collega's (Aarts et al., 2008) laat een aantal casussen zien waarbij gebruikgemaakt wordt van begeleid werken. De casussen laten een aantal gunstige resultaten zien, zoals gerapporteerd door de werknemer in kwestie of de werkgever. Een aantal casussen alsmede meer informatie over begeleid werken zijn te vinden op: www.movisie.nl/esi/begeleid-werken-individuele-vraaggerichte-benadering.

Interventie gericht op gezondheidgerelateerde factoren: adviezen van de NVAB
De Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) biedt ondersteuning aan Arboprofessionals bij hun rol om langdurig verzuim te voorkomen en herintrede te stimuleren onder werknemers die zijn uitgevallen door een psychische aandoening. De NVAB geeft hiervoor een overzicht van interventies die kunnen worden ingezet in de drie fasen van het herstelproces: de crisisfase, de fase van probleemoplossing en de fase waarin activiteiten worden opgebouwd (nvab.artsennet.nl). De interventies zijn in eerste instantie gericht op werknemers met een lichte tot matige mentale aandoening, zoals een burn-out, maar kunnen ook worden ingezet bij werknemers met een depressie of angststoornis in overleg met de huisarts. Hierna worden de belangrijkste interventies per fase weergegeven.
Fase 1: de crisisfase
- geven van voorlichting;
- geven van een rationale;
- bieden van perspectief;
- dagindeling met wisselende activiteiten;
- positief (her)etiketteren.

Fase 2: de probleemoplossingsfase
- stressoren inventarisatie;
- betrekken van leidinggevende;
- georganiseerd piekeren;

- cognitieve herstructurering;
- ontspanningsoefeningen.

Fase 3: de opbouwfase
- activiteiten opbouwen in een tijdskader (graded activity).

Interventie gericht op werkgerelateerde factoren: bevindingen binnen de ABN AMRO
Selectieve preventie is een effectieve manier gebleken om gezondheidsproblemen, waaronder depressie, vroegtijdig op te sporen. Door vroegtijdige opsporing kan voorkomen worden dat mensen uitvallen, waardoor veel kosten bespaard kunnen worden (Krupa, 2007). Het vinden van een effect lijkt echter af te hangen van de duur van de follow-up, zo blijkt uit een onderzoek onder werknemers van de ABN AMRO.

In 2007 en 2008 werd een grootschalig onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van een preventieve interventie bij werknemers van ABN AMRO Bank in Nederland (Lexis et al., 2011). De primaire doelen van deze preventieve interventie waren 1) het voorkomen van langdurig ziekteverzuim, en 2) het voorkomen van (ernstige) depressie. De onderzoeksgroep bestond uit werknemers die aan de hand van een screeningsvragenlijst geïdentificeerd waren als hoog-risicogroep voor toekomstig ziekteverzuim en het hebben van milde tot ernstige depressieve klachten.

De interventie betrof een psychologische behandeling, met cognitieve gedragstherapie en probleemoplossende therapie als basis. De interventie bestond uit twee delen: het basisdeel en het specifieke deel. Het basisdeel bestond uit zeven sessies, waarin de stappen van probleemoplossende therapie aan bod komen. Het specifieke deel bestond uit maximaal vijf extra sessies, indien de zeven basissessies niet voldoende bleken, waarin de cliënt zelf aangeeft welke onderwerpen hij (nog extra of uitgebreider) aan bod wilde laten komen (bijvoorbeeld cognitieve herstructurering en assertiviteitstraining). Aan het einde van het basisdeel en aan het einde van de interventie vond een evaluatiesessie plaats.
De interventie leidde na een jaar tot minder verzuim (28 dagen in interventiegroep versus 51 dagen in de controlegroep), waarbij ook het langdurig verzuim in de interventiegroep lager was (www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/p/16587/).

Effectiviteit van interventies voor werknemers met psychische problemen
Tabel 3.10 geeft de belangrijkste interventies zoals beschreven in de literatuur. Hoewel (internationaal) kwantitatief onderzoek de basis vormt voor deze paragraaf, komen aan het eind van deze paragraaf ook enkele kwalitatieve studies aan bod. Deze studies maken inzichtelijk welke maatregelen mogelijk effectief zijn en daarom veelbelovend.

Tabel 3.10: Effectiviteit van interventies ter bevordering van arbeidsparticipatie van werknemers met psychische problemen.

Interventie	Arbeidsparticipatie	Effect	Type stoornis	Bron
Gericht op individu				
Cognitieve gedragstherapie	Duur verzuim tot volledige terugkeer	Geen	Aanpassings-stoornis	Arends et al., 2012 *,[b]
	Duur verzuim tot gedeeltelijke terugkeer	Geen	Aanpassings-stoornis	Arends et al., 2012 *,[b]
Probleemoplossings-therapie	Duur verzuim tot volledige terugkeer	Geen	Aanpassings-stoornis	Arends et al., 2012 *,[b]
	Duur verzuim tot gedeeltelijke terugkeer	Positief	Aanpassings-stoornis	Arends et al., 2012 *,[b]
Consult met psychiater	Duur verzuim tot volledige terugkeer	Positief	Psychische stoornissen	van der Feltz-Cornelis et al., 2010 *,[a]
Werkgerichte therapie	Langdurige terugkeer in goede gezondheid	Positief	Depressie	Hees et al., 2013 *,[a]
	Ziekteverzuim	Geen	Depressie	Hees et al., 2013 *,[a]
	Duur verzuim tot gedeeltelijke/volledige terugkeer	Positief	Depressie	Schene et al., 2007 *,[a]
		Geen	Depressie	Hees et al., 2013 *,[a]
'Exposure in vivo'	Arbeidsparticipatie	Positief	Angst-stoornissen	Noordik et al., 2010 *,[b]
	Duur verzuim tot volledige terugkeer	Negatief	Psychische stoornissen	Noordik et al., 2013 *,[a]
Probleemoplossings-therapie gecombineerd met cognitieve gedragstherapie	Ziekteverzuim	Geen	Depressie	Lexis et al., 2011*,[a]
Preventief coaching programma	Ziekteverzuim	Geen	Psychosociale gezondheids-problemen	Duijts et al., 2008 *,[a]
Interventie ter preventie van arbeidsongeschiktheid	Duur verzuim tot terugkeer	Positief	Psychische stoornis	Pomaki et al., 2012 [b]
Begeleid werken (inclusief IPS)	Arbeidsparticipatiegraad	Positief	Psychische stoornis	Heffernan et al., 2011 [b]; Aarts et al., 2008 *,[c]
	Arbeidsparticipatiegraad	Positief	Ernstige psychische stoornis	Bond et al., 2008 [b]; Michon & van Weeghel, 2010 *,[b]; Michon et al., 2011 *,[a]; van Busschbach et al., 2011 *,[a]; van Erp et al., 2007 *,[c]

Interventie	Arbeidsparticipatie	Effect	Type stoornis	Bron
Gericht op werkgever/ werkomgeving				
Zorg in samenwerking	Duur verzuim tot volledige terugkeer	Geen	Depressie	Vlasveld et al., 2013 [*,a]
Selectieve preventie	Voorkomen ziekteverzuim	Positief	Psychische stoornis	Krupa et al., 2007
Arbeidsondersteuning	Arbeidsparticipatie voor meer dan 40 uur per maand	Positief	Psychische stoornis	Cook et al., 2008 [b]

* Nederlandse studie; [a] gerandomiseerd onderzoek met controlegroep; [b] (systematische) review of meta-analyse; [c] anders
IPS = individual placement and support

Interventies gericht op persoonlijke factoren: integrale aanpak lijkt effectief
Interventies gericht op persoonlijke factoren komen veel voor en omvatten vaak een vorm van een psychologische therapie, waarbij in sommige gevallen ook de werkgever betrokken wordt. Met name de probleemoplossingstherapie ('problem solving therapy') lijkt een veelbelovende maatregel om arbeidsparticipatie onder mensen met een mentale stoornis te stimuleren (Arends et al., 2012), al lijkt cognitieve gedragstherapie beter aan te sluiten bij de determinanten als houding en verwachtingen ten aanzien van werk en werkhervatting. Interventies gebaseerd op cognitieve gedragstherapie laten tot nu toe echter geen duidelijke effecten zien op arbeidsparticipatie.

Het integreren van arbeidsdeelname en therapie lijkt eveneens van belang (van der Feltz-Cornelis et al., 2010; Bond et al., 2008). Zo wijst een review uit 2008 uit dat begeleid werken, ook wel bekend als 'supported employment', een effectieve manier is om arbeidsparticipatie onder werknemers met psychische stoornissen te bevorderen (Bond et al., 2008). Het 'Individual placement and support (IPS) model', ook wel vertaald als Individuele Plaatsing en Steun, is een specifieke vorm van begeleid werken. De principes die aan het IPS-model ten grondslag liggen, omvatten onder meer de integratie van zorg vanuit de werkgever met reguliere mentale gezondheidszorg en individuele ondersteuning tijdens het werk (Heffernan & Pilkington, 2011). Het succes van IPS in de Verenigde Staten heeft in Europa interesse gewekt, maar er is nog beperkt onderzoek verricht naar de effectiviteit van IPS in Europese landen (Aarts et al., 2008; van Erp et al., 2007). De meeste studies laten weliswaar een verhoging zien in arbeidsparticipatie na IPS (Michon et al., 2011; Michon & van Weeghel, 2010; van Busschbach et al., 2011) , maar er zijn ook een aantal barrières, die de werking van IPS belemmeren. Zo lijken in Nederland financiële en organisatorische structuren, culturele overtuigingen en attitudes een belemmering te vormen voor de effectiviteit van IPS (van Erp et al., 2007). Voor meer informatie over de achtergrond van het IPS-model en de toepassing ervan in Nederland, zie Van Weeghel en collega's (van Weeghel et al., 2002).

Interventies gericht op gezondheidgerelateerde factoren: toespitsen op ernst van de stoornis
Er zijn ook enkele aanknopingspunten voor maatregelen die zich richten op de gezondheidgerelateerde factoren. Het lijkt bijvoorbeeld zinvol om een gezonde leefstijl onder werknemers te stimuleren, omdat is

gebleken dat een goede fysieke gezondheid een positief effect heeft op arbeidsdeelname onder mensen met een mentale stoornis. Daarnaast lijkt het relevant om maatregelen toe te spitsen op de ernst van de aandoening, omdat dit de duur van het verzuim en de terugkeer naar het werk kan beïnvloeden. Er is echter weinig bekend over de effectiviteit van interventies die zich richten op de symptomen van de psychische stoornis zelf. Eén studie gaat in op de verschillende gradaties van psychische stoornissen en laat zien dat bij lichte tot matige aandoeningen de nadruk van de behandeling zou moeten liggen op het functioneren, en bij matige tot ernstige aandoeningen meer op de klachten. Er is echter nog weinig bekend over interventies die zich specifiek richten op matige en ernstige psychische aandoeningen (Schene et al., 2005). Voor mensen met een ernstige tot zeer ernstige psychische aandoening is behandeling volgens de eerder genoemde IPS-methode de enige onderzochte interventie die effectief lijkt te zijn (Michon et al., 2011; van Busschbach et al., 2011).

Interventies gericht op werkgerelateerde factoren: integrale aanpak nog niet bewezen effectief
In verhouding tot de verschillende psychologische interventies gericht op de werknemer, is er veel minder bekend over de effectiviteit van maatregelen die gericht zijn op de werkomgeving of de werkgever. Hoewel een Nederlands gerandomiseerd onderzoek met controlegroep geen effect laat zien van een interventie waarbij maatregelen op individueel niveau gecombineerd werden met maatregelen binnen de werkomgeving, lijkt dit toch een veelbelovende maatregel, omdat het een integrale aanpak betreft (Vlasveld et al., 2013).

Bevindingen uit kwalitatief onderzoek
Een review van kwalitatieve studies, waaronder twee Nederlandse studies, op het gebied van mentale gezondheid en arbeidsparticipatie (niet opgenomen in *Tabel 3.10*) suggereert dat het proces van werkhervatting gestimuleerd kan worden door onderlinge samenwerking (Andersen et al., 2012). Tijdens het ziekteverzuim hebben werknemers vaak contact met drie organisaties: een verzekeringsmaatschappij, de (geestelijke) gezondheidszorg en de arbodienst. Volgens de review hebben deze organisaties soms conflicterende interesses en verschillende perspectieven wat betreft terugkeer naar werk. Verzekeringsmaatschappijen zijn er bijvoorbeeld op gericht om de werknemer zo snel mogelijk weer aan het werk te krijgen, wat gevoelens van stress kan vergroten. Vanuit de geestelijke gezondheidszorg wordt juist weinig aandacht besteed aan veranderingen binnen de werkomgeving. De verschillende partijen lijken een uiteenlopende impact te hebben op werknemers in termen van hun kijk op terugkeer naar het werk, de timing ervan en de consequenties voor de mentale gesteldheid van de werknemer. Daarom lijkt een goede coördinatie tussen de partijen van belang voor de werkhervatting.

Nederlandse kwalitatieve studies suggereren dat het aanpassen van de functie van de werknemer ervoor zorgt dat werknemers met een depressie eerder het werk hervatten. Aanpassingen zijn bijvoorbeeld een aanpassing van het takenpakket of flexibele werktijden (Oomens et al., 2010; Abma et al., 2013; de Vries et al., 2012a). Dergelijke maatregelen worden door omstandigheden echter niet altijd tot uitvoer gebracht. Zo kan de focus van de werkgever op productiviteit en prestatie resulteren in afstel van afspraken rondom aanpassingen in het werk (Andersen et al., 2012).

3.5.2 Maatregelen voor werknemers met klachten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat

In deze paragraaf beschrijven we welke maatregelen en interventies er zijn om arbeidsparticipatie onder werknemers met klachten of aandoeningen aan het bewegingsapparaat (KAB) te bevorderen en wat bekend is over de effectiviteit van deze interventies. We hebben de Nederlandse grijze literatuur (bijvoorbeeld rapporten van overheidsinstanties of onderzoeksinstituten) en de internationale wetenschappelijke literatuur vanaf 2006 doorzocht om de Nederlandse en Europese interventies in beeld te krijgen.

Voor het indelen van de gevonden interventies houden we de indeling van Zwerling en collega's aan. Dit is een systematische indeling ontworpen voor werkplekinterventies voor werknemers met rugklachten (Zwerling et al., 1997). Volgens deze indeling zijn er drie typen interventies:
- persoonlijke interventies (fysiek en psychologisch);
- ergonomische interventies;
- organisatorische interventies.

Persoonlijke interventies omvatten zowel fysieke benaderingen, zoals bewegen of fysiotherapie, als psychologische benaderingen, zoals gedragstherapie. Fysieke benaderingen trachten over het algemeen de pijn en beperkingen te voorkomen dan wel te genezen en de fysieke belastbaarheid te verhogen. De psychologische benaderingen zijn onder meer gericht op eigen effectiviteit en coping. Ergonomische interventies sluiten aan op de fysieke en psychosociale werkbelasting en de autonomie. Interventies betreffen bijvoorbeeld het herinrichten van de werkplek of het tijdelijk verminderen van de mentale werkbelasting. Organisatorische interventies hebben bijvoorbeeld betrekking op de sociale steun van de leidinggevende (Shaw et al., 2006).

In deze paragraaf gaan we in op elk van deze typen interventies. Hiervoor hebben we gebruik gemaakt van interventies beschreven in de (inter)nationale wetenschappelijke literatuur waarvan de effectiviteit is onderzocht. De interventies zouden op verschillende manieren geclassificeerd kunnen worden; we hebben ervoor gekozen om de interventies in te delen bij het type interventie waar zij primair op aangrijpen (zie *Tabel 3.11*). Per type interventie is een voorbeeld uit de Nederlandse praktijk gepresenteerd in *tekstblok 3.2*.

Persoonlijke interventies – fysiek

Effecten van oefentherapie, rugscholing en 'graded activity' wisselend
Ter verbetering van de belastbaarheid, vermindering van pijn en functionele beperkingen bestaan er verschillende interventies, zoals rugscholing, oefentherapie/lichamelijke oefeningen en 'graded activity'. Deze laatste betreft een gestructureerde behandeling, gericht op stapsgewijze toename van het niveau van functioneren in activiteiten en participatie. De verschillende typen interventies zijn veelvuldig onderzocht met wisselende resultaten (Chou & Huffman, 2007; Rackwitz et al., 2006; Zampolini et al., 2007; Schaafsma et al., 2011; van der Giessen et al., 2012; Anema et al., 2007; Steenstra et al., 2006; Oesch et al., 2010).

Tabel 3.11: Interventies ter bevordering van de arbeidsparticipatie van werknemers met klachten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat.

	Type KAB	Arbeids-participatie	Effect	Bron
Persoonlijke interventies - fysiek				
Interdisciplinaire revalidatie en functioneel herstel	Lage rugklachten	Terugdringen ziekteverzuim Werkhervatting	Positief	Chou & Huffman, 2007
Lichamelijke (rug)oefeningen	Lage rugklachten	Werkhervatting	Geen	Rackwitz et al., 2006; Zampolini et al., 2007
Verbeteren van de lichamelijke conditie	Lage rugklachten	Werkhervatting	Positief/ Geen	Schaafsma et al., 2011
'Graded activity'	Lage rugklachten	Werkhervatting	Negatief/ Geen	Steenstra et al., 2006; Anema et al., 2007; van der Giessen et al., 2012
Manipulatieve therapie voor de wervelkolom	Lage rugklachten	Werkhervatting	Geen	Rubinstein et al., 2011; Rubinstein et al., 2013
Oefentherapie	Lage rugklachten	Terugdringen ziekteverzuim	Geen	Oesch et al., 2010
Preventieve voorlichting over verplaatstechnieken	Lage rugklachten Nek- en schouderklachten	Terugdringen ziekteverzuim	Positief/ Geen	Bos et al., 2006; Demoulin et al., 2012
Persoonlijke interventies – psychologisch				
Gedragstherapie, cognitieve gedragstherapie, zelfregulerende of ondersteunende begeleiding	Lage rugklachten	Werkhervatting	Positief	Hoffman et al., 2007
Individuele patiëntenvoorlichting gericht op gedragsverandering en coping strategieën	Lage rugklachten	Werkhervatting	Positief/ Geen	Engers et al., 2008
Gedragstherapie en multidisciplinaire interventie met ten minste één gedragselement	Lage rugklachten	Werkhervatting Terugdringen ziekteverzuim	Positief/ Geen	van Middelkoop et al., 2011
Ergonomische interventies				
Ergotherapie	Lage rugklachten	Terugdringen ziekteverzuim	Positief	Zampolini et al., 2007
Werkplek rehabilitatie	Lage rugklachten	Arbeidsparticipatie	Positief	Williams et al., 2007
Participatieve ergonomische interventie	KAB Arm-, schouder- en nekklachten	Terugdringen ziekteverzuim	Positief/ Geen	Rivilis et al., 2008; Vermeulen et al., 2010

	Type KAB	Arbeids-participatie	Effect	Bron
Werkplek interventie	Nekklachten Klachten aan de bovenste extremiteiten	Terugdringen ziekteverzuim	Positief	Aas et al., 2011; Dick et al., 2011
Interventie op maat	Arm-, schouder- en nekklachten	Terugdringen ziekteverzuim	Geen	Spekle et al., 2010
Organisatorische interventies				
Multidisciplinaire aanpak in samenwerking met de werkplek	Lage rugklachten	Werkhervatting	Positief/ Geen	Hoefsmit et al., 2012
Participatief ergonomisch programma	Rugklachten Nekklachten	Terugdringen ziekteverzuim Werkprestatie	Geen	Driessen et al., 2010
Werkplek interventie	Lage rugklachten	Terugdringen ziekteverzuim	Positief	van Oostrom et al., 2009
Betrekken van de leidinggevende	Lage rugklachten	Werkhervatting	Positief/ Geen	Carroll et al., 2010
Werkplek interventie waarbij alle stakeholders worden betrokken	Lage rugklachten	Werkhervatting	Positief	Anema et al., 2007

KAB = klachten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat

Voorlichting lijkt effectief indien praktijkles onderdeel is van de interventie
Naast het daadwerkelijk aanbieden van lichamelijke oefeningen ter verbetering van de belastbaarheid, kan er ook voorlichting worden gegeven. Deze voorlichting omvat bijvoorbeeld cursussen over anatomie, de werking van het lichaam, veilig tillen en verplaatsen. Indien er ook een praktijkgedeelte aan de cursus is verbonden is er een kans dat deze interventie werkt, hoewel het bewijs beperkt is (Bos et al., 2006; Demoulin et al., 2012).

Tekstblok 3.2: Voorbeelden van Nederlandse interventies om arbeidsparticipatie onder werknemers met klachten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat te bevorderen.

Fysieke persoonlijke interventie: Preventie en Re-integratie Begeleiding (Stichting Ergonomie en Preventie)
Doel is het vroegtijdig ingrijpen om te voorkomen dat de klachten (rugklachten, blessures of RSI) erger worden en bevordering van herstel. De interventie bestaat uit individuele begeleiding binnen 24 uur door middel van 6 stappen:
I. Intaketest
Beoordeling van de klacht en gebruik van lichaamsdeel dat geblesseerd is en inschatting van gevaar van overbelasting.
II. Objectivering en verslaglegging
Vaststelling van ervaren last bij dagelijkse activiteiten, kennis over blessure, fysieke belasting en benutbare mogelijkheden in vervangend werk.
III. Voorlichting
Voorlichting over de werking van het lichaam en oorzaak van overbelasting, en bevorderende factoren voor herstel en preventie.
IV. Scholing
Scholing in hoe actief te blijven en overbelasting te voorkomen. Veilig lichaamsgebruik wordt o.a. aangeleerd met door STEP ontwikkelde elektronische hulpmiddelen.
V. STEP PETS
Preventieve & Educatieve & Trainings c.q. Therapie & Scholingshulpmiddelen. De STEP PETS worden meegegeven om zélf in de werk- en thuissituatie aan het eigen herstel te kunnen werken.
VI. Evaluatie en verslaglegging van elke les
De effectiviteit is onbekend.
Letterlijk overgenomen van: step.nl/algemeen-info-rugklachten-blessures-rsi-preventie-step.

Psychologische persoonlijke interventie: ReïntegratieTrainingsProgramma multidisciplinair (Ergo Optima)
Doel is re-integratie, verhogen van de mentale belastbaarheid en functioneel herstel en gedragsverandering. Het aanleren van gezondheidsbevorderend gedrag en een gezonde werkstijl met eigen verantwoordelijkheid en zelfwerkzaamheid op het gebied van gezondheidsklachten. De interventie bestaat uit een geprotocolleerd fysiek trainingsprogramma met gedragsmatige aanpak voor de werknemer met chronische of recidiverende klachten aan het bewegingsapparaat. Het programma bestaat uit een intakegesprek en individuele sessies en is gebaseerd op cognitief/gedragstherapeutische principes. De in de fysieke training aangeleerde vaardigheden worden verder doorgesproken en uitgebouwd. Onderwerpen die aan bod komen zijn onder andere het aanleren van assertieve vaardigheden, timemanagement, het doseren van energie en het zoeken naar vormen van ontspanning. Periodiek overleg tussen psycholoog en arbeidstrainer staat borg voor een goede aansluiting van beide begeleidingstrajecten. De effectiviteit is onbekend.
Letterlijk overgenomen van: www.pzp.nl/2012/ergo-optima-bedrijfsinfomatie-pzp.pdf.

Ergonomische interventie: Aanpassing Werkplek en Individuele Begeleiding (PreventNed)
Doel is werknemers bij (dreigend) langdurig verzuim wegens fysieke klachten door organisatorische veranderingen in het werkproces en/of door herschikking van het takenpakket de eigen functie

(weer) optimaal te laten verrichten. Voordat een traject Aanpassing Werkplek wordt ingezet heeft meestal een Quick Scan of een andere screening plaatsgevonden. De resultaten daarvan, worden met de werknemer, zijn of haar leidinggevende (of betrokken HRM-functionaris) en de bedrijfsfysiotherapeut besproken. Indien vooraf geen onderzoek is uitgevoerd, vindt direct een gesprek plaats met bovengenoemde personen, gevolgd door een werkplekonderzoek (www.preventned.nl/werkplekonderzoek/). Knelpunten worden ter plekke besproken en wanneer mogelijk opgelost. In deze bijeenkomst wordt ook de werktechniek van de werknemer beoordeeld en wanneer mogelijk verbeterd. In een tweede sessie op de werkplek, die meestal na enkele weken plaatsvindt, worden de knelpunten die in een later stadium zijn opgelost (door invoering van geadviseerde hulpmiddelen, aanpassing van het meubilair et cetera), geëvalueerd met de bedrijfsfysiotherapeut. De effectiviteit is onbekend.
Letterlijk overgenomen van: www.preventned.nl/onze-diensten/interventies-en-instrumenten/aanpassing-werkplek-en-individuele-begeleiding/.

Organisatorische interventie: Participatieve Ergonomie (Stay@Work)
Doel is een afname van ziekteverzuim ten gevolge van rug- en nekklachten en het verbeteren van de werkprestaties bij mensen met rug- en nekklachten. Op elke interventie afdeling wordt een werkgroep opgesteld bestaande uit maximaal 10 personen. Naast werknemers, is ook een (departements)manager vertegenwoordigd. Onder leiding van een ergonoom (procesbegeleider) doorloopt de werkgroep de stappen van het Stay@Work PE programma. Tijdens een zes uur durende werkgroep bijeenkomst identificeert de werkgroep aanwezige knelpunten voor rug- en nekklachten op hun afdeling, evalueert en prioriteert deze, resulterend in een top 3 van knelpunten. Vervolgens bedenkt de werkgroep zelf ergonomische oplossingen voor de knelpunten, evalueert aan de hand van een aantal implementatiecriteria en prioriteert de oplossingen waardoor er een top 3 van beste oplossingen ontstaat. De top 3 knelpunten en top 3 oplossingen worden in een plan van aanpak beschreven. In dit plan staat ook omschreven welk werkgroeplid verantwoordelijk is voor de invoer van de oplossing op de afdelingen en in wanneer de implementatie gerealiseerd is (maximaal 3 maanden na de werkgroep bijeenkomst). Stay@Work is onderzocht in een gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek bij 4 grote Nederlandse bedrijven. Er is gerandomiseerd op afdelingsniveau; een deel van de afdelingen kreeg de participatieve ergonomische interventie aangeboden, het andere deel kreeg deze niet. Er is na een jaar geen significant verschil aangetoond voor ziekteverzuim en werkprestaties tussen de interventiegroep en de controlegroep.
Letterlijk overgenomen van: www.bodyatwork.nl/nl/staywork.

Persoonlijke interventies – psychologisch

Multidisciplinaire interventie met nadruk op psychologie lijkt effectief
Bij een multidisciplinaire psychologische interventie zijn verschillende disciplines betrokken waaronder in ieder geval een psycholoog die (cognitieve) gedragstherapie, zelfregulerende of ondersteunende begeleiding kan bieden. Uit een meta-analyse blijkt een dergelijke multidisciplinaire psychologische interventie een positief effect te hebben op de werkhervatting van werknemers met chronische lage rugklachten (Hoffman et al., 2007).

Aanwijzingen voor effectiviteit van interventies gericht op gedragsverandering
Individuele patiëntenvoorlichting gericht op gedragsverandering en copingstrategieën lijkt enig effect te hebben bij mensen met acute en subacute lage rugklachten. Deze voorlichting dient dan wel intensief te zijn: voorlichting van 2,5 uur heeft in ieder geval significant meer effect dan voorlichting van kortere duur of geen voorlichting. Deze interventie blijkt echter even weinig effect te hebben als een manipulatieve interventie door een chiropractor of fysiotherapie (Engers et al., 2008). Wel zijn er aanwijzingen dat het ziekteverzuim van werknemers met lage rugklachten vermindert als gedragstherapie wordt toegevoegd aan een andere interventie (van Middelkoop et al., 2011).

Ergonomische interventies

Interventies gericht op zowel de fysieke als de psychosociale werkbelasting lijken effectief
Een groot aantal interventies om ziekteverzuim te voorkomen, richten zich zowel op de fysieke als op de psychosociale werkbelasting van de werknemers. Er is beperkt bewijs dat deze interventies effectief zijn voor mensen met lage rugklachten (Zampolini et al., 2007), nekklachten (Aas et al., 2011) en klachten aan de bovenste extremiteiten (armen) (Dick et al., 2011).

Participatieve ergonomische interventie vermindert het ziekteverzuim
Participatieve ergonomie kenmerkt zich door een actieve betrokkenheid van de werknemer, werkgever en overige betrokken personen. Een dergelijke interventie grijpt aan op de determinant ‘autonomie’ en indien het doel is de werkbelasting te verminderen, richt de interventie zich ook op de determinant werkbelasting. Voor deze interventie is er bewijs dat het verzuim afneemt bij werknemers met KAB (Rivilis et al., 2008; Vermeulen et al., 2010).

Organisatorische interventies

Aanpassing van de werkplek plus actieve rol werkgever lijkt effectief
Uit een review van studies naar het effect van aanpassingen van de werkplek in combinatie met een actieve betrokkenheid van werknemer en werkgever blijkt dat er bewijs van middelmatige kwaliteit is dat het de werkhervatting van werknemers met KAB versnelt (van Oostrom et al., 2009).

Multidisciplinaire interventie met betrokken werkgever beïnvloedt werkhervatting positief
Een multidisciplinaire aanpak waarbij de werkgever actief wordt betrokken, heeft een positief effect op de werkhervatting van werknemers met KAB. Bij een interventie waarbij meerdere disciplines

samenwerkten en actief contact onderhielden met de werkplek, was de kans op werkhervatting na een jaar meer dan verdubbeld (Hoefsmit et al., 2012).

Participatief programma mogelijk positief effect op ziekteverzuim
Ten slotte hebben Driessen en collega's in 2010 binnen drie grote bedrijven in Nederland een participatief programma (Stay@Work) geëvalueerd. Hierbij werden interventies ingezet op de fysieke gezondheid van het individu, de werkplek werd ergonomisch ingericht én de organisatie werd actief betrokken. Dit programma leidde echter niet tot minder ziekteverzuim (Driessen et al., 2010). Daarentegen vonden Anema en collega's wel positieve resultaten voor een dergelijke gecombineerde interventie onder werknemers met lage rugklachten in Nederland (Anema et al., 2007). Uit een internationale studie komt ook naar voren dat wanneer de werkgever in de interventie wordt betrokken, deze effectiever is dan wanneer het alleen een persoonlijke of ergonomische interventie betreft (Squires et al., 2012).

4
Participatie van ouderen

Vergrijzende bevolking heeft consequenties voor maatschappelijke participatie
De westerse wereld, inclusief Nederland, vergrijst snel. In 2012 was ruim 16% van de Nederlanders 65 jaar of ouder en de prognose is dat het aandeel ouderen zal stijgen tot 25% in 2050 (Giesbers et al., 2013). Dit heeft onder andere consequenties voor de samenstelling van de arbeidspopulatie. Een ander gevolg van de vergrijzende bevolking is dat er steeds meer behoefte komt aan mantelzorg en thuiszorg. Hierdoor zal een groter deel van de verouderende bevolking aan het werk moeten blijven, zullen zij meer mantelzorg of informele zorg moeten geven en tegelijkertijd tijd blijven vinden voor vrijwilligerswerk en vrijetijdsbestedingen. Het is niet onlogisch te veronderstellen dat een verhoging van het ene type maatschappelijke participatie ten koste gaat van het andere type. Daarnaast zijn ook de mogelijke effecten van participatie op gezondheid voor deze leeftijdsgroep zeer relevant, omdat gezondheidsproblemen vooral bij ouderen voorkomen en de participatie afneemt naarmate de leeftijd toeneemt.

In dit hoofdstuk geven we een antwoord op de volgende vragen:

1. Hoeveel ouderen participeren op welk terrein?
2. Wat is de invloed van gezondheid op de maatschappelijke participatie van ouderen?
3. Wat is de invloed van maatschappelijke participatie op de gezondheid van ouderen?
4. Welke factoren zijn van invloed op de participatie van ouderen in arbeid, vrijwilligerswerk en informele zorg?
5. Welke maatregelen kunnen worden ingezet om de participatie van ouderen in arbeid, vrijwilligerswerk en informele zorg te bevorderen?

Focus op informele zorg, vrijwilligerswerk en arbeidsparticipatie
Voor de eerste en tweede onderzoeksvraag kijken we breed naar diverse vormen van maatschappelijke participatie, zoals vrijwilligerswerk, lidmaatschap van een vereniging en informele zorg. Bij de beantwoording van de andere onderzoeksvragen richten we ons specifiek op arbeidsparticipatie, vrijwilligerswerk en informele zorg door ouderen. Ook besteden we aandacht aan de mate waarin ouderen deze verschillende participatievormen combineren. Omdat ongeveer de helft van de ouderen een chronische ziekte heeft en een derde beperkingen bij het functioneren (Hoeymans et al., 2008; van

Gool et al., 2009), beantwoorden we de vierde en vijfde vraag voor ouderen in het algemeen, zonder onderscheid te maken tussen ouderen met en ouderen zonder gezondheidsproblemen.

Leeswijzer

Paragraaf 4.1 beschrijft de participatiegraad van ouderen. *Paragraaf 4.2* vergelijkt de participatiegraad van ouderen met gezondheidsproblemen met die van ouderen zonder gezondheidsproblemen. *Paragraaf 4.3* gaat in op de positieve en negatieve effecten van participeren op de gezondheid van ouderen. *Paragraaf 4.4* gaat in op factoren die van invloed zijn op de participatie van ouderen in arbeid, vrijwilligerswerk en informele zorg. *Paragraaf 4.5* ten slotte geeft een overzicht van maatregelen en interventies die aangrijpen op de gevonden factoren en dus mogelijkheden bieden om participatie te bevorderen.

4.1 De participatie van ouderen

Hoofdpunten

Van alle 55-plussers verleent een op de vijf (22%) informele zorg en doet 31% vrijwilligerswerk. De 55-plussers die vrijwilligerswerk doen, doen dat het vaakst voor een sportvereniging of voor een ander soort vereniging of organisatie. Het aandeel ouderen dat informele zorg geeft, is tussen 1993 en 2010 iets toegenomen. Dit geldt ook voor het percentage ouderen dat vrijwilligerswerk doet.

In 2012 werkte 68% van de 55- tot 60-jarigen en 38% van de 60- tot 65-jarigen. In deze laatste groep is het aandeel werkenden tussen 2001 en 2012 verdrievoudigd. De toegenomen arbeidsparticipatie van ouderen vertaalt zich ook in een toename van de gemiddelde pensioenleeftijd van 61 jaar in de periode 2000-2006 tot 63,6 in 2012. Ook zijn steeds meer mensen bereid om tot of na hun 65e door te werken en achten ook steeds meer mensen zichzelf daartoe in staat.

Een deel van de ouderen combineert verschillende vormen van maatschappelijke participatie met elkaar. Van de ouderen die betaald werk verrichten, is 30% ook actief in vrijwilligerswerk, 17% in informele zorg en bijna 7% in zowel vrijwilligerswerk als informele zorg. Ouderen met een voltijdbaan verlenen minder vaak informele zorg en combineren ook minder vaak informele zorg en vrijwilligerswerk. Het aandeel ouderen dat betaalde arbeid verricht, neemt overigens af met de leeftijd, net als het aandeel ouderen dat informele zorg verleent, vrijwilligerswerk doet en lid is van een (sport)vereniging, vooral vanaf de leeftijd van 70 à 75 jaar.

Vergeleken met volwassenen hebben ouderen een grotere kans om arbeidsongeschikt te worden, vooral omdat zij vaker gezondheidsproblemen hebben. Meer ouderen in de beroepsbevolking zorgt dus voor meer instroom van ouderen in een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Tussen 2007 en 2011 is de instroom van ouderen in een arbeidsongeschiktheidsuitkering dan ook toegenomen, na een eerdere daling van de instroom tussen 2002 en 2006 wegens diverse wijzingen in de sociale zekerheidswetgeving. Eenmaal werkloos of arbeidsongeschikt is het voor ouderen moeilijk om weer aan de slag te komen, ook als zij gezond zijn.

Deze paragraaf gaat in op de participatiegraad van ouderen. We kijken daarbij naar vrijwilligerswerk, informele zorg, arbeidsparticipatie en lidmaatschap van een vereniging of sportvereniging. Ook besteden we aandacht aan ouderen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Voor het beschrijven van de participatiegraad hebben we gebruikgemaakt van de meest recente beschikbare bron met gegevens voor alle levensfasen. Een uitgebreid overzicht van de gebruikte indicatoren en bronnen staat in *Bijlage 3*.

Eén op de vijf 55-plussers verleent informele zorg
Van alle 55-plussers verleent één op de vijf (22%) informele zorg (zie *Tabel 4.1*). Het aandeel ouderen dat informele zorg geeft, is tussen 1993 en 2010 iets toegenomen. Dit geldt zowel voor ouderen van 50 tot 75 jaar als voor 75-plussers (van Nimwegen & van Praag, 2012).

Tabel 4.1: Percentage ouderen (55+) dat participeert in arbeid, informele zorg, vrijwilligerswerk, vereniging en/of sportvereniging, naar leeftijd.

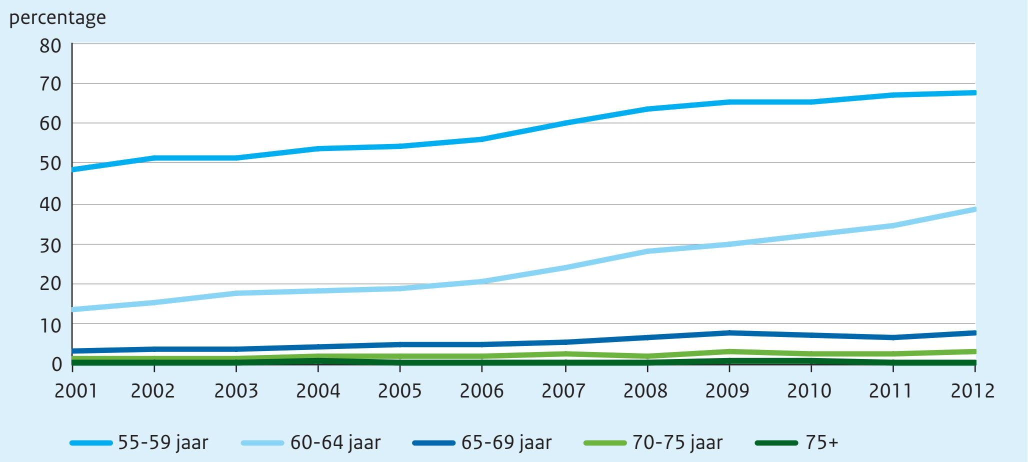
	55-59	60-64	65-69	70-74	75+	Totaal (55+)	Jaar	Bron
Arbeid (baan ≥ 12 uur/week)	68	38	8	3	1	25	2012	CBS
Informele zorg	28	24	21	18	15	22	2012	Gezondheids-monitor
Vrijwilligerswerk	35	38	36	31	17	31	2007	AVO
Lid vereniging	57	55	54	46	43	51	2007	AVO
Lid sportvereniging	23	24	18	16	10	19	2007	AVO

Bijna één op de drie 55-plussers doet vrijwilligerswerk
Van de 55-plussers doet 31% vrijwilligerswerk (zie *Tabel 4.1*), vooral voor een sportvereniging of voor een ander soort vereniging of organisatie. Ook het percentage ouderen dat vrijwilligerswerk doet, is tussen 1993 en 2010 iets toegenomen. Dit geldt vooral voor ouderen van 51 tot 65 jaar. Onder oudere ouderen is het percentage vrijwilligers in dezelfde periode ongeveer gelijk gebleven (van Nimwegen & van Praag, 2012). Ook is 19% van de 55-plussers lid van een sportvereniging en 51% lid van een andere vereniging. Het gaat dan vooral om lidmaatschappen van organisaties op het gebied van natuur en milieu, van werkgevers- of MKB-organisaties, of van een vakbond.

Arbeidsparticipatie ouderen sinds 2001 sterk toegenomen
In 2012 werkte 68% van de 55- tot 60-jarigen en 38% van de 60- tot 65-jarigen. Vanaf 65 jaar is de arbeidsdeelname een stuk minder: van de 65- tot 70-jarigen werkt 8% en van de 70- tot 75-jarigen is dat nog 3% (zie *Tabel 4.1*). De arbeidsparticipatie onder ouderen is sinds 2001 flink toegenomen. Onder 55- tot 65-jarigen is het aandeel werkenden verdubbeld en onder 60- tot 65-jarigen zelfs verdrievoudigd tussen 2001 en 2012. Ook onder 65- tot 70-jarigen en onder 70- tot 75-jarigen is de arbeidsdeelname toegenomen (zie *Figuur 4.1*).

55-plussers hebben lagere kans op WW en hogere kans op arbeidsongeschiktheidsuitkering
In 2012 ontving 15% van de 55- tot 65-jarigen een arbeidsongeschiktheidsuitkering (Wajong, WIA, WAO, WAZ) en 8% een WW-uitkering of bijstandsuitkering (Bron: UWV 2013; CBS StatLine 2013). Bijna de helft van de 55-plussers met een gedeeltelijke WGA-uitkering (Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten) is aan het werk. Bij ouderen met een volledige WGA-uitkering is dat 13% en bij degenen met een WAO-uitkering 19%. Personen van 55 jaar en ouder hebben een lagere kans dan gemiddeld om werkloos te worden en een WW-uitkering te ontvangen, omdat ouderen vaker een vast contract hebben dan jongeren en daarmee meer bescherming tegen ontslag genieten (Kenniscentrum UWV, 2011). De 55-plussers hebben wel een groter risico dan gemiddeld op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Het aantal WIA-aanvragen per 1.000 verzekerden (mensen met een dienstverband) is bij 55-plussers ongeveer twee keer zo hoog als gemiddeld (Kenniscentrum UWV, 2011).

Figuur 4.1: Percentage ouderen (55+) met een betaalde baan van 12 uur of meer per week in 2001-2012, naar leeftijd (Bron: CBS StatLine 2013).



Eenmaal uit het arbeidsproces komen ouderen nauwelijks meer aan de slag

Eenmaal werkloos of arbeidsongeschikt is het voor ouderen moeilijk om weer aan de slag te komen. Ouderen hebben ten opzichte van jongeren een acht keer zo kleine kans om weer aan het werk te gaan bij werkloosheid en een vijf keer zo kleine kans bij arbeidsongeschiktheid (Schuring et al., 2013).

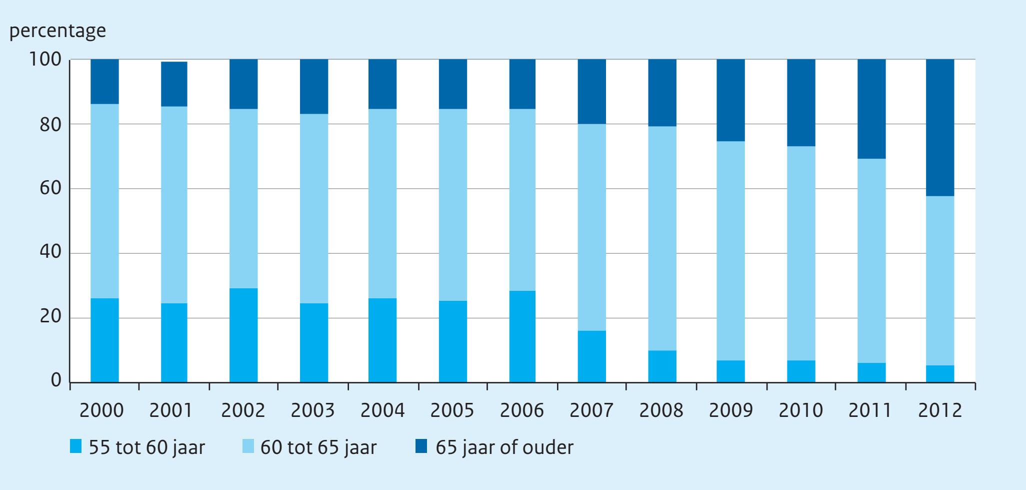
Gemiddelde pensioenleeftijd vanaf 2007 flink gestegen

De gemiddelde pensioenleeftijd is sterk gestegen de afgelopen jaren. In 2012 was de gemiddelde pensioenleeftijd van werknemers 63,6 jaar. Van 2000 tot en met 2006 lag de gemiddelde leeftijd waarop werknemers met pensioen gingen nog rond 61 jaar. Deze stijging komt door de invoering van wetswijzigingen en regelgeving gericht op inperking van regelingen voor vervroegd pensioen. Het aandeel werknemers dat 65 jaar of ouder is op het moment van pensionering, is de laatste zes jaar bijna verdrievoudigd: van 15% in 2006 naar 42% in 2012 (zie *Figuur 4.2*). Tegelijkertijd is het aandeel werknemers dat bij pensionering jonger is dan 60 jaar sterk afgenomen. In 2006 was 28% van de werknemers die stopten met werken jonger dan 60 jaar, tegen slechts 5% in 2012.

Percentage werknemers dat wil en kan doorwerken tot 65 jaar neemt toe

Het percentage werknemers dat wil doorwerken tot 65 jaar is tussen 2005 en 2010 toegenomen van 21% naar 44% (Bron: NEA 2005-2010). Nederlandse werknemers wilden in 2012 gemiddeld tot 62,7 jaar doorgaan met werken. Oudere werknemers (55-64 jaar) wilden zelfs doorgaan tot 64,4 jaar (Bron: NEA 2012). Deels is hier sprake van een selectie-effect. Een deel van de oudere werknemers die vroegtijdig willen stoppen met werken, is immers al gestopt.

Figuur 4.2: Pensioenleeftijd van werknemers in 2000-2012 (Bron: CBS StatLine 2013).



Het gaat echter niet alleen om willen, maar ook om kunnen doorwerken. Het percentage werknemers dat denkt door te kunnen werken tot hun 65e jaar neemt ook toe (van 40% in 2005 naar 45% in 2010) (Bron: NEA 2005-2010). In 2012 gingen Nederlandse werknemers er vanuit tot 62,1 jaar in staat te zijn het huidige werk voort te kunnen zetten. Ook hier dachten oudere werknemers (55-64 jaar) langer door te kunnen gaan (tot 64,9 jaar) (Bron: NEA 2012). Er zijn echter wel verschillen tussen opleidingsniveaus: werknemers met een lage opleiding geven minder vaak aan dat zij willen en kunnen doorwerken tot hun 65e levensjaar dan werknemers met een hoge opleiding (Ybema, 2009).

Instroom ouderen in arbeidsongeschiktheidsuitkering sinds 2007 ook gestegen

Dat het niet alleen om willen maar ook om kunnen doorwerken gaat, blijkt uit het feit dat het aantal WIA-aanvragen per 1.000 verzekerden (de WIA-aanvraagkans) tussen 2007 en 2010 sterker is toegenomen onder ouderen dan onder jongeren. Bij deze stijging speelt de economische crisis mogelijk een rol maar ook het wegvallen van vervroegde uittreedregelingen (waaronder de VUT) heeft hieraan bijgedragen. Door de afschaffing van de VUT blijven ongezondere oudere werknemers mogelijk vaker doorwerken en dat betekent dat de kans op arbeidsongeschiktheid ook toeneemt. De toename van de arbeidsparticipatie van ouderen zal daardoor leiden tot meer instroom van ouderen in een arbeidsongeschiktheidsuitkering (Kenniscentrum UWV, 2011). Maar ook los van de gestegen WIA-aanvraagkans leidt een toename van het aantal (werkende) 55-plussers tot meer instroom (in absolute aantallen) van ouderen in een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Tussen 2007 en 2011 is de instroom van ouderen in een arbeidsongeschiktheidsuitkering dan ook gestegen, na een afname tussen 2002 en 2006. De afname tussen 2002 en 2006 komt waarschijnlijk door de diverse wijzigingen rond de WAO/WIA (Kenniscentrum UWV, 2011) (zie *paragraaf* 3.5).

Op alle terreinen neemt participatie af met de leeftijd
Niet alleen het aandeel ouderen dat betaalde arbeid verricht, ook het aandeel ouderen dat informele zorg verleent, vrijwilligerswerk doet en lid is van een (sport)vereniging neemt af met de leeftijd, vooral vanaf 70 à 75 jaar. Zo verricht van de mensen in de leeftijd van 55-59 jaar nog 35% vrijwilligerswerk, terwijl dat van de 75-plussers 17% is. Voor informele zorg zijn deze percentages respectievelijk 28% en 15% (zie *Tabel 4.1*). Wel neemt vanaf de leeftijd van 65 jaar het aantal uren mantelzorg per week toe. Tot 65 jaar geven mantelzorgers tussen de 8 en 11 uur per week mantelzorg, voor 65- tot 75-jarigen is het gemiddeld 14 uur en voor de 85-plussers is dit zelfs 24 uur (Bron: Gezondheidsmonitor 2012).

Hoger opgeleide ouderen participeren meer dan lager opgeleide ouderen
Net als bij volwassenen hangt ook bij ouderen de sociaaleconomische status samen met participatie (Musick & Wilson, 2008; Kalwij & Vermeulen, 2008). Hoger opgeleide ouderen participeren meer dan lager opgeleide ouderen in betaalde arbeid, informele zorg en vrijwilligerswerk en zijn vaker lid van een sportvereniging of andere vereniging (Bron: AVO 2007).

Samenhang tussen participatiedomeinen

Speciale aandacht voor samenhang tussen participatiedomeinen
Er is steeds meer aandacht voor de samenhang tussen verschillende vormen van participatie zoals betaalde arbeid, vrijwilligerswerk en informele zorg (Morrow-Howell, 2010). De vraag daarbij is: gaat deelname op het ene terrein ten koste van deelname op het andere terrein? Het ouderenbeleid in Nederland kent een tweeledig doel. Aan de ene kant is beleid erop gericht om ouderen zo lang mogelijk te laten deelnemen aan betaalde arbeid om zo onder andere het hoofd te kunnen bieden aan verwachte tekorten in financiering van collectieve voorzieningen (SZW, 2011). Aan de andere kant is beleid erop gericht om ouderen actief te laten deelnemen aan vrijwilligerswerk en informele zorg (VWS, 2007). Meer inzicht in de samenhang tussen participatiedomeinen bij ouderen stelt beleidsmakers beter in staat om een zo optimaal mogelijk participatiebeleid te creëren.

Volwassenen combineren verschillende participatievormen, maar hoe zit het bij ouderen?
Participatie op het ene terrein kan, maar hoeft niet ten koste te gaan van participatie op het andere terrein (Burr et al., 2007). Er is echter nog weinig Nederlands onderzoek naar combinaties van participatievormen bij ouderen. Onderzoek onder volwassenen laat zien dat 71% van de mantelzorgers jonger dan 65 jaar ook een betaalde baan heeft en 35% naast de zorgtaak ook vrijwilligerswerk doet (de Boer et al., 2009). Ook steeds meer 55-plussers verlenen zorg aan hulpbehoevende ouders, zorgen voor kinderen of kleinkinderen en werken nog. Het verlenen van zorg kan in combinatie met een betaalde baan, een eigen gezin of een kwakkelende gezondheid, een fors beslag leggen op mensen (Bijl et al., 2011).

Om meer inzicht te krijgen in oudere ‘taakcombineerders’ hebben wij een analyse uitgevoerd naar het voorkomen van combinaties van verschillende participatievormen onder Nederlandse ouderen en de samenhang met gezondheid (zie ook *paragraaf 4.2*). Omdat de intensiteit van de participatie juist bij het combineren van verschillende participatievormen een rol kan spelen, hebben we de intensiteit van het doen van betaalde arbeid (voltijd of deeltijd) ook meegenomen in de analyses. De resultaten beschrijven we hieronder.

Tabel 4.2: Percentage ouderen van 55 tot 75 jaar dat participeert in verschillende vormen van maatschappelijke participatie in 2007 (Bron: AVO 2007).

	Vrijwilligerswerk	Informele zorg	Vrijwilligerswerk + informele zorg
Geen betaald werk	24,1	22,5	7,8
Betaald werk 1-27 uur	34,5 [a,b]	23,0	10,2
Betaald werk ≥ 28 uur	28,4 [a]	13,0 [a,b]	4,2 [a,b]

[a] Ongecorrigeerde relatie is significant ($p<0,05$). M.b.v. logistische regressie is getoetst of ouderen die 1-27 uur of ≥ 28 uur betaald werk verrichten significant vaker of minder vaak participeren in andere (combinaties) van participatievormen dan mensen die niet werken (= referentiegroep). De tabel toont de niet-gecorrigeerde percentages.
[b] Idem, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

Een derde van de werkende ouderen doet ook vrijwilligerswerk

Van de ouderen die betaald werk verrichten, is 30% ook actief in vrijwilligerswerk. Vooral degenen met een parttimebaan (tot 28 uur in de week) doen vaker vrijwilligerswerk (35%) (zie *Tabel 4.2*). Ouderen met een baan van 28 uur of meer in de week doen ongeveer even vaak vrijwilligerswerk (28%) als ouderen die geen betaalde baan hebben (24%). De relaties tussen arbeidsintensiteit en vrijwilligerswerk verschillen niet duidelijk tussen mannen en vrouwen. Een verschil in ervaren gezondheid verklaart niet dat ouderen met een parttimebaan vaker vrijwilligerswerk doen dan degenen zonder baan. Wel doet het opleidingsniveau ertoe. Als wordt gecorrigeerd voor opleidingsniveau dan zijn er geen (significante) verschillen meer in het doen van vrijwilligerswerk tussen ouderen die geen betaald werk hebben en ouderen met een parttimebaan.

Relatie tussen betaalde arbeid en vrijwilligerswerk verschilt per onderzoek

De wijze waarop betaald werk en vrijwilligerswerk met elkaar te maken hebben, verschilt per onderzoek. Zo blijkt uit sommige studies (Tang & Morrow-Howell, 2008; Jegermalm & Grassman, 2009) dat werkende ouderen vaker vrijwilligerswerk verrichten dan ouderen die niet werken, terwijl andere studies (Breedveld et al., 2004; Mutchler et al., 2003) vinden dat werkende ouderen juist minder vaak vrijwilligerswerk doen. Dit verschil lijkt vooral te maken te hebben met voltijd en deeltijd werken. Zo blijkt dat ouderen die in deeltijd werken vaker vrijwilligerswerk doen dan ouderen die voltijd werken (Tang & Morrow-Howell, 2008; Mutchler et al., 2003) en doen ouderen die niet werken vaker vrijwilligerswerk dan ouderen die fulltime werken (Breedveld et al., 2004). Overigens is vooral het vrijwilligerswerk op geregelde basis minder onder degenen die betaalde arbeid verrichten.

Ouderen met een (bijna) voltijdbaan verlenen minder vaak informele zorg

Van alle ouderen met een betaalde baan verleent 17% ook informele zorg. Ouderen met een baan van 28 uur of meer in de week verlenen minder informele zorg (13%) dan ouderen zonder baan (23%) (zie *Tabel 4.2*). Dit geldt niet voor ouderen met een kleinere baan. Zij verlenen even vaak zorg (23%) als ouderen zonder baan. De relaties tussen arbeidsintensiteit en informele zorg verschillen niet duidelijk tussen mannen en vrouwen (niet in tabel) en ze zijn ook niet te verklaren door het opleidingsniveau van de ouderen.

Verschillende studies suggereren dat werkende ouderen vaker informele zorg verlenen dan niet werkende ouderen (Jegermalm & Grassman, 2009). Of andersom: dat ouderen die informele zorg verlenen minder vaak werken dan ouderen die geen informele zorg verlenen (Vlachantoni, 2010). Als ook wordt gekeken naar de relatie tussen zowel voltijd- als deeltijdarbeid en het geregeld of af en toe verlenen van informele zorg, dan blijkt dat ouderen die werken (zowel voltijd als deeltijd) minder vaak wel eens informele zorg verlenen dan degenen die niet werken. Bovendien verlenen ouderen die voltijd werken minder vaak informele zorg op geregelde basis dan degenen die niet werken (Breedveld et al., 2004).

Ouderen met voltijd baan combineren ook minder vaak vrijwilligerswerk en informele zorg
Tot slot doet bijna 7% van de ouderen met een betaalde baan zowel vrijwilligerswerk als informele zorg. Ouderen met een baan van 28 uur of meer in de week combineren minder vaak informele zorg en vrijwilligerswerk dan ouderen die geen betaalde baan hebben. De relatie tussen arbeidsintensiteit en de combinatie van informele zorg en vrijwilligerswerk is niet te verklaren door het opleidingsniveau.

4.2 Invloed van gezondheid op participatie

Hoofdpunten

Ouderen met een goede gezondheid participeren meer op alle participatiedomeinen. Gezonde 55-plussers doen vaker vrijwilligerswerk en verlenen vaker informele zorg dan ongezonde 55-plussers. Ook de arbeidsparticipatie ligt hoger onder gezonde ouderen. Bovendien combineren ouderen van 55 tot 75 jaar met een goede gezondheid vaker meerdere vormen van maatschappelijke participatie dan leeftijdsgenoten met een minder goede gezondheid.

Uit longitudinale studies blijkt dat een goede gezondheid daadwerkelijk de kans vergroot dat ouderen fulltime blijven werken. De kans dat ouderen zonder werk weer aan het werk gaan, is sowieso klein en verschillen in gezondheid spelen daarbij maar een zeer beperkte rol. Ervaren gezondheid als overkoepelende gezondheidsmaat blijkt sterk samen te hangen met de verschillende participatievormen. Het hebben van een chronische aandoening hangt daarentegen juist veel minder samen met participatie.

Klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat, psychische stoornissen, hart- en vaatziekten en kanker (nieuwvormingen) zijn de belangrijkste oorzaken van arbeidsongeschiktheid bij ouderen. Uitkeringsgerechtigden met een psychische aandoening of een aandoening aan het bewegingsapparaat (de twee belangrijkste diagnosen) zijn het minst vaak aan het werk, terwijl het aandeel werkenden het hoogst is onder uitkeringsgerechtigden met kanker (nieuwvormingen).

Deze paragraaf beschrijft de participatie van ouderen in relatie tot gezondheidsproblemen. Net als in de vorige paragraaf kijken we daarbij naar vrijwilligerswerk, informele zorg, arbeidsparticipatie en lidmaatschap van een vereniging of sportvereniging. Ook besteden we aandacht aan ouderen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Tabel 4.3: Percentage ouderen (55+)[1] met en zonder gezondheidsproblemen dat participeert in arbeid, informele zorg, vrijwilligerswerk en/of (sport)vereniging in 2007 (Bron: AVO 2007)[2].

Gezondheids-aspecten	Arbeid (≥1 uur/week)	Informele zorg	Vrijwilligers-werk	Lid vereniging	Lid sportvereniging
Ervaren gezondheid	[a,b]	[a,b]	[a,b]	[a,b]	[a,b]
goed	40	20	37	56	23
minder goed	20	14	21	44	9
Mentale gezondheid	[a,b]		[a,b]	[a,b]	[a,b]
goed	39	19	36	58	22
minder goed	24	18	23	39	13
Beperkingen bij activiteiten	[a,b]	[a,b]	[a,b]	[a,b]	[a,b]
nee	40	21	37	56	24
ja	18	14	23	45	9
Chronisch ziek	[a,b]		[a]	[a]	[a,b]
nee	44	18	36	57	24
ja	31	19	32	53	18

[1] Bij arbeid: 55 tot 75 jaar
[2] Zie *Tabel B5.2* in *Bijlage* 5 voor het percentage 55-plussers met een goede ervaren gezondheid, een goede mentale gezondheid, geen beperkingen of zonder chronische ziekte.
[a] Ongecorrigeerde relatie is significant ($p<0,05$). Met behulp van logistische regressie is getoetst of ouderen zonder gezondheidsproblemen vaker participeren op de verschillende participatievormen dan ouderen met gezondheids-problemen. De tabel toont de niet-gecorrigeerde percentages.
[b] Idem, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

De informatie over participatiegraad en de samenhang met gezondheid is gebaseerd op secundaire data-analyses. Hiervoor hebben we het AVO 2007 van het SCP gebruikt, omdat daarin zowel gegevens over participatie als over de gezondheid van de geënquêteerden zitten. Voor de samenhang tussen gezondheid en arbeid en informele zorg konden we ook gebruikmaken van de Gezondheidsmonitor 2012. Gegevens over arbeidsongeschiktheid naar diagnose en de arbeidsparticipatie van mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering zijn afkomstig van het UWV. Deze informatie hebben we aangevuld met enkele analyses op data uit het LASA-onderzoek, het NPCG en de Doetinchem-studie, en informatie uit de literatuur. Een uitgebreid overzicht van de gebruikte indicatoren en bijbehorende bronnen staat in *Bijlage 3*.

Gezonde ouderen verrichten vaker vrijwilligerswerk

Bij 55-plussers hangt het doen van vrijwilligerswerk samen met de gezondheid. Zo verricht van de 55-plussers met een goede ervaren gezondheid 37% vrijwilligerswerk en van degenen met een minder goede ervaren gezondheid is dat 21% (zie *Tabel 4.3*). Ook 55-plussers met een goede mentale gezondheid en zonder beperkingen bij activiteiten doen vaker vrijwilligerswerk. Het hebben van een chronische ziekte hangt alleen bij 75-plussers samen met het al dan niet doen van vrijwilligerswerk (zie *Tabel B5.7* in *Bijlage* 5).

Is gezondheid van invloed op doen van vrijwilligerswerk?
Ouderen met een minder goede ervaren of mentale gezondheid en beperkingen doen dus minder vaak vrijwilligerswerk. Maar dit zegt nog niks over oorzaak en gevolg. Is gezondheid van invloed op het doen van vrijwilligerswerk, is vrijwilligerswerk van invloed op gezondheid of is er sprake van een wederzijdse relatie? Alleen gegevens over gezondheid en vrijwilligerswerk die op verschillende momenten in de tijd gemeten zijn (longitudinale studies), kunnen antwoord geven op deze vraag. Uit longitudinale studies blijkt dat het effect van gezondheid op het doen van vrijwilligerswerk door ouderen niet eenduidig is. Ouderen die hun gezondheid als goed ervaren, hebben een grotere kans om te beginnen met vrijwilligerswerk en een kleinere kans om te stoppen dan ouderen die hun gezondheid als slecht ervaren (Hank & Erlinghagen, 2010; Butrica et al., 2009). Volgens andere studies vergroot een goede ervaren gezondheid de kans op het doen van vrijwilligerswerk echter niet (Choi & Chou, 2010; Utz et al., 2002). De fysieke gezondheid (beperkingen bij dagelijkse activiteiten) van ouderen blijkt geen invloed te hebben op het doen van vrijwilligerswerk (Li & Ferraro, 2005; Li & Ferraro, 2006). Dit geldt ook voor het hebben van een chronische aandoening (Li & Ferraro, 2006). Een depressie vergroot de kans op het doen van vrijwilligerswerk voor 60-plussers (Li & Ferraro, 2005; Li & Ferraro, 2006), maar verkleint de kans op vrijwilligerswerk voor de 40- tot 60-jarigen (Li & Ferraro, 2006). Dit geldt echter alleen op de korte termijn (na 3 jaar). Na 4,5 en 7,5 jaar zijn geen effecten meer te zien voor beide leeftijdsgroepen.

Ouderen zonder beperkingen en in goede ervaren gezondheid verlenen vaker informele zorg
Van de 55-plussers zonder beperkingen bij activiteiten verleent 21% informele zorg en van de mensen met beperkingen is dat 14%. Voor goede en minder goede ervaren gezondheid is dat respectievelijk 20% en 14%. Chronisch zieken geven even vaak informele zorg als niet-chronisch zieken (zie *Tabel 4.3*). Ook de gegevens uit de Gezondheidsmonitor 2012 bevestigen dat ervaren gezondheid en beperkingen samenhangen met het verlenen van informele zorg. Het hebben van een chronische ziekte blijkt in de Gezondheidsmonitor wel samen te hangen met informele zorg. Verder blijkt op basis van de Gezondheidsmonitor dat het aandeel mantelzorgers onder mensen met een minder goede mentale gezondheid iets groter is dan onder mensen met een goede mentale gezondheid (zie *Tabel B5.4* in *Bijlage* 5). Dit heeft mogelijk te maken met de bevinding dat het geven van mantelzorg zo belastend kan zijn, dat de mentale gezondheid hierdoor achteruitgaat (zie *paragraaf 4.3.1*).

Ook uit longitudinale studies blijkt dat het hebben van beperkingen bij dagelijkse activiteiten op korte termijn (na 3 jaar) de kans verkleint dat ouderen informele zorg verlenen. Op langere termijn (na 7,5 jaar) was dit effect echter niet meer zichtbaar (Li & Ferraro, 2005). Het hebben van een depressie lijkt geen effect te hebben op het verlenen van informele zorg (Li & Ferraro, 2005). Het is niet bekend of ervaren gezondheid en het hebben van andere chronische aandoeningen dan depressie effect hebben op het verlenen van informele zorg.

Gezonde ouderen vaker lid van vereniging
Gezondheid hangt ook duidelijk samen met lidmaatschap van een (sport)vereniging (zie *Tabel 4.3*). De samenhang is het grootst voor mentale gezondheid. Onder 75-plussers hangt alleen de mentale gezondheid samen met het al dan niet lid zijn van een vereniging (zie *Tabel B5.7* in *Bijlage* 5). En bij het lidmaatschap van een sportvereniging is de samenhang het grootst met de beperkingen bij activiteiten. Van de 55-plussers zonder beperkingen is 24% lid van een sportvereniging en van degenen met beperkingen is dat 9%.

Gezonde ouderen werken vaker dan ouderen met een slechte gezondheid
Ouderen tussen de 55 en 75 jaar met een goede ervaren en mentale gezondheid en zonder beperkingen of chronische ziekten verrichten vaker betaalde arbeid dan leeftijdsgenoten met een minder goede gezondheid (zie *Tabel 4.3*). Deze samenhang geldt ook als we alleen naar de leeftijdsgroep 55 tot 65 jaar kijken (zie *Tabel B5.5* in *Bijlage* 5). De samenhang tussen gezondheid en arbeid is het sterkst voor beperkingen bij activiteiten. Zo verricht van de 55- tot 75-jarigen met beperkingen 18% betaalde arbeid en van de mensen zonder beperkingen is dat ruim het dubbele (40%).

Deze bevindingen op basis van gegevens uit 2007 (AVO) worden bevestigd door gegevens uit 2012 afkomstig van de Gezondheidsmonitor. Ook hier hangen de vier gezondheidsmaten duidelijk samen met arbeidsparticipatie en vertonen beperkingen de sterkste relatie (zie *Tabel B5.4* in *Bijlage* 5). Bij 65- tot 75-jarigen zijn het niet zozeer beperkingen die samenhangen met betaalde arbeid, maar is het vooral de ervaren gezondheid. Van de 65- tot 75-jarigen met een goede ervaren gezondheid werkt 10% en van degenen met een minder goede ervaren gezondheid is dat 2% (zie *Tabel B5.6* in *Bijlage* 5).

Ook ouderen met een chronische ziekte participeren minder
Chronisch zieken werken minder dan mensen zonder ziekte. *Tabel 4.4* laat zien dat dit patroon ook geldt voor een aantal chronische ziekten, zoals klachten aan het bewegingsapparaat, astma, hart- en vaatziekten en diabetes. Zo heeft van de 55- tot 75-jarigen met astma 22% een betaalde baan en van de mensen zonder astma is dat 38%. Het percentage vrijwilligers is significant lager onder de mensen met astma, hart- en vaatziekten en diabetes. Tot slot zijn mensen met astma, diabetes of klachten aan het bewegingsapparaat significant minder vaak lid van een sportvereniging.

Vooral de ervaren gezondheid is van belang
Ervaren gezondheid is een belangrijke gezondheidsmaat in de samenhang met verschillende participatievormen. Een mogelijke verklaring is dat ervaren gezondheid een maat is die de overige gezondheidsmaten samenvat en daarmee een beeld geeft van de manier waarop mensen tegen hun ziekten en beperkingen aankijken. Analyses van de samenhang tussen participatie en meerdere gezondheidsmaten tegelijk laten zien dat het hebben van een chronische aandoening niet langer significant gerelateerd is aan participatie. Met andere woorden: een chronische ziekte alleen is niet van invloed op participatie. Pas als de chronisch zieke ook beperkingen of mentale gezondheidsproblemen heeft of zijn gezondheid als minder goed ervaart, is de participatie lager.
Overigens is voor dit specifieke onderzoek gebruikgemaakt van vier verschillende databronnen (AVO, NPCG, LASA en Doetinchem-studie) (Zantinge et al., submitted).

Gezonde ouderen vaker op meerdere terreinen tegelijk actief
Ouderen van 55 tot 75 jaar met een goede gezondheid combineren vaker meerdere vormen van maatschappelijke participatie dan leeftijdgenoten met een minder goede gezondheid (zie *Tabel 4.5*). Ouderen die hun gezondheid als goed ervaren combineren vaker twee of drie vormen van participatie met elkaar dan ouderen met een minder goede ervaren gezondheid. Zo combineert 12,5% van hen betaalde arbeid met vrijwilligerswerk, tegenover slechts 5% van de ouderen die hun gezondheid als minder goed ervaren. Ook ouderen met een goede mentale gezondheid en ouderen zonder beperkingen combineren vaker verschillende vormen van participatie met elkaar. Het al dan niet hebben van een chronische aandoening hangt niet samen met het combineren van meerdere participatievormen.

Tabel 4.4: Percentage ouderen (55+) [1] met en zonder chronische ziekte dat participeert in arbeid, informele zorg, vrijwilligerswerk en/of (sport)vereniging in 2007 (Bron: AVO 2007) [2].

Chronische ziekte	Arbeid (≥1 uur/week)	Informele zorg	Vrijwilligers-werk	Lid vereniging	Lid sportvereniging
Klachten bewegingsapparaat	a,b			a	a,b
nee	39	19	34	55	22
ja	27	19	31	49	15
Astma	a,b		a,b	a,b	a,b
nee	38	19	34	54	21
ja	22	18	26	47	14
Kanker	a		a		a
nee	37	19	33	54	20
ja	24	20	27	50	16
Hart- en vaatziekten	a,b	a	a,b	a	a
nee	37	19	34	55	21
ja	23	14	25	49	15
Diabetes	a,b	a	a,b	a,b	a,b
nee	37	19	34	55	21
ja	22	15	23	45	13

[1] Bij arbeid: 55 tot 75 jaar
[2] Zie *Tabel B5.8* in *Bijlage* 5 voor het percentage 55-plussers met een chronische ziekte.
[a] Ongecorrigeerde relatie is significant (p<0,05). Met behulp van logistische regressie is getoetst of ouderen zonder chronische ziekte vaker participeren op de verschillende participatievormen dan ouderen met een chronische ziekte. De tabel toont de niet-gecorrigeerde percentages.
[b] Idem, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

Is gezondheid van invloed op arbeidsparticipatie?
Ouderen met een minder goede ervaren of mentale gezondheid, beperkingen bij activiteiten of chronische ziekten participeren minder vaak in betaalde arbeid dan ouderen met een goede gezondheid. Maar dit zegt niks over oorzaak en gevolg. Om antwoord te geven op de vraag of gezondheid van invloed is op arbeidsparticipatie zijn gegevens over gezondheid en participatie uit longitudinaal onderzoek nodig. Wouterse en collega's (2013) gebruikten gegevens uit de (longitudinale) LASA-studie over de periode 1992-2009 om na te gaan in hoeverre gezondheid van invloed is op arbeidsparticipatie (Wouterse, 2013). Gezondheid is in het onderzoek gemeten met een samengestelde maat op basis van meerdere indicatoren (waaronder fysieke, mentale en ervaren gezondheid).

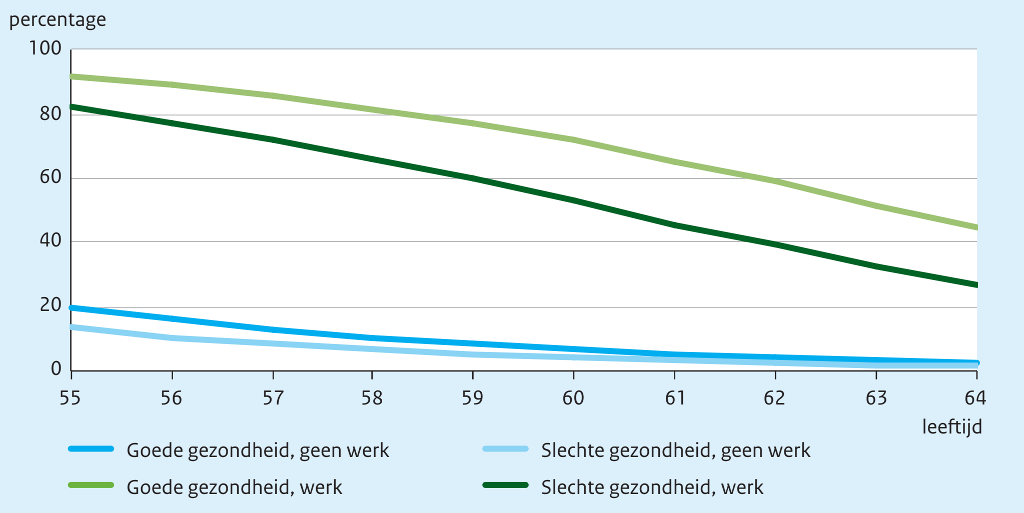
Goede gezondheid vergroot kans dat ouderen fulltime blijven werken
Wouterse en collega's vonden een effect van gezondheid op het blijven werken en op het weer aan het werk gaan bij ouderen van 55 tot en met 64 jaar. Gezonde ouderen die fulltime werken, hebben drie jaar later een grotere kans om nog steeds fulltime te werken dan ouderen met een minder goede gezondheid (Wouterse, 2013). Voor parttime werken is geen effect van gezondheid gevonden. In *Figuur 4.3* is voor mannen van verschillende leeftijden de kans op werk afgezet tegen de gezondheidsstatus van drie jaar

Tabel 4.5: Percentage ouderen van 55 tot 75 jaar met en zonder gezondheidsproblemen dat participeert in verschillende vormen van maatschappelijke participatie in 2007 (Bron: AVO 2007).

	Betaald werk + vrijwilligers werk	Betaald werk + informele zorg	Vrijwilligerswerk + informele zorg	Alle drie
Ervaren gezondheid				
goed	12,5 [a,b]	6,6 [a,b]	7,9 [a,b]	6,6 [a]
minder goed	4,9	3,1	5,4	3,1
Mentale gezondheid				
goed	12,3 [a,b]	6,4 [a,b]	7,7	6,4
minder goed	5,2	3,9	6,2	3,9
Beperkingen bij activiteiten				
nee	12,3 [a,b]	6,7 [a,b]	7,8	6,7 [a]
ja	5,3	2,7	5,8	2,7
Chronisch ziek				
nee	13,5 [a]	6,5	6,4	6,5
ja	9,6	5,0	8,0	5,0

[a] Ongecorrigeerde relatie is significant ($p<0,05$). Met behulp van logistische regressie is getoetst of ouderen zonder gezondheidsproblemen vaker participeren in meerdere participatievormen dan ouderen met gezondheids-problemen. De tabel toont de niet-gecorrigeerde percentages.
[b] Idem, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

Figuur 4.3: Kans op werk voor mannen, gegeven gezondheid en werk 3 jaar eerder, naar leeftijd (Wouterse, 2013).



eerder. Ruim 90% van de 55-jarige werkende mannen met een goede gezondheid had drie jaren later ook nog werk. Van degenen met een minder goede gezondheid is dat 82%. Met de leeftijd neemt de kans op werk af; de kans neemt sneller af voor mannen met een minder goede gezondheid. Op 64-jarige leeftijd werkt 45% van de mannen die drie jaar eerder een goede gezondheid hadden tegenover 27% van de 64-jarigen met een minder goede gezondheid (Wouterse, 2013).

Goede gezondheid vergroot kans dat oudere weer aan het werk gaat, zij het in zeer beperkte mate
Ook op het weer aan het werk gaan, heeft gezondheid invloed bij mensen van 55 tot en met 64 jaar. Van degenen die op een eerder moment geen werk en een minder goede gezondheid hadden, was op 55-jarige leeftijd 13% weer aan het werk. Van degenen met een goede gezondheid was dat 20%. Gezondheid draagt dus maar beperkt bij aan de kans om weer aan het werk te komen. Met de leeftijd neemt de kans om aan het werk te komen af en de kans neemt iets sneller af voor mannen met een minder goede gezondheid. Hoe meer de leeftijd van 64 jaar nadert, hoe kleiner de kans op werk. Verschillen tussen mensen met een goede gezondheid en een minder goede gezondheid zijn er dan nagenoeg niet meer. De kans dat ouderen zonder werk weer aan het werk gaan, is dus klein en verschillen in gezondheid spelen daarbij maar een beperkte rol (Wouterse, 2013).

Diverse longitudinale studies in verschillende Europese landen ondersteunen de conclusie dat een goede gezondheid de kans op het blijven werken vergroot. Het hebben van een minder goede gezondheid leidt vaker tot werkloosheid, vroeg pensioen en arbeidsongeschiktheid (Oortwijn et al., 2011; van der Heide & Proper, 2012; Börsch-Supan et al., 2005). Vergeleken met andere gezondheidsmaten is ervaren gezondheid het sterkst gerelateerd aan toekomstige uitval (Oortwijn et al., 2011).

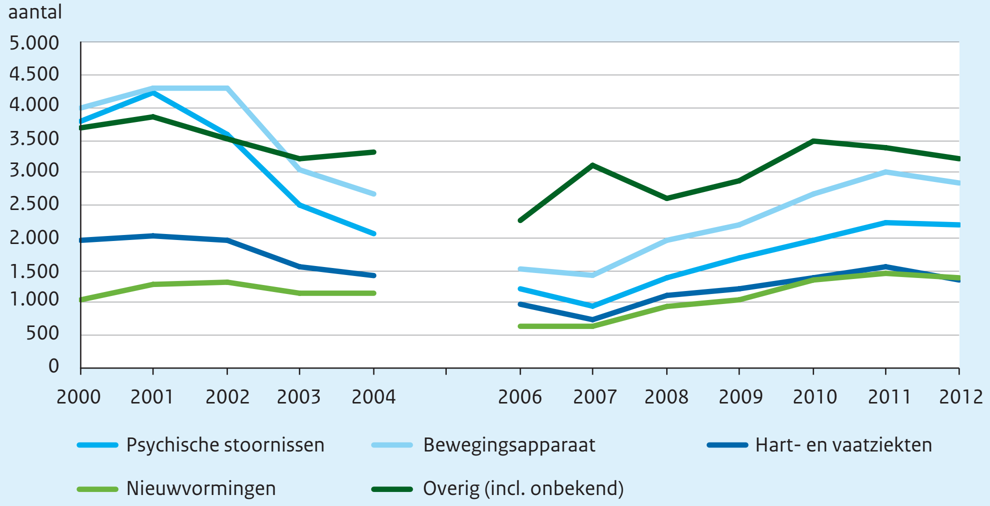
Goede gezondheid soms juist een reden om te stoppen met werken
Het is overigens niet altijd zo dat een goede gezondheid de kans om te blijven werken vergroot. Een goede gezondheid kan er juist ook toe leiden dat mensen eerder met pensioen gaan om van hun leven te genieten zolang hun gezondheid dit toelaat (de Wind et al., 2013a).

Sociaaleconomische status speelt geen rol in relatie tussen gezondheid en participatie
Sociaaleconomische status heeft geen invloed op de rol die gezondheid speelt in het al dan niet participeren (Bron: AVO 2007). Ouderen met een minder goede gezondheid en een hoge sociaaleconomische status participeren in gelijke mate in betaalde arbeid, informele zorg en vrijwilligerswerk als ouderen met een minder goede gezondheid en een lage sociaaleconomische status (zie *Bijlage 4* voor een beschrijving van de analysemethode).

Arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim

Klachten aan bewegingsapparaat en psychische stoornissen belangrijkste oorzaken arbeidsongeschiktheid bij ouderen
Een kwart van de 55-plussers die instromen in een arbeidsongeschiktheidsuitkering heeft klachten aan het bewegingsapparaat. Bij één op de vijf is er sprake van een psychische stoornis. Andere veelvoorkomende diagnosen waarmee 55-plussers arbeidsongeschikt worden, zijn hart- en vaatziekten en nieuwvormingen (kanker) (zie *Figuur 4.4*). *Figuur 4.5* laat zien dat het aandeel werkenden onder (gedeeltelijk) arbeidsgeschikte 55-plussers met psychische stoornissen en KAB het laagst is en onder

Figuur 4.4: Instroom WAO 2000 t/m 2004 en instroom WIA+WAO 2006 t/m 2012 van 55- tot 65-jarigen, naar diagnosegroep [1] (Bron: UWV 2013).



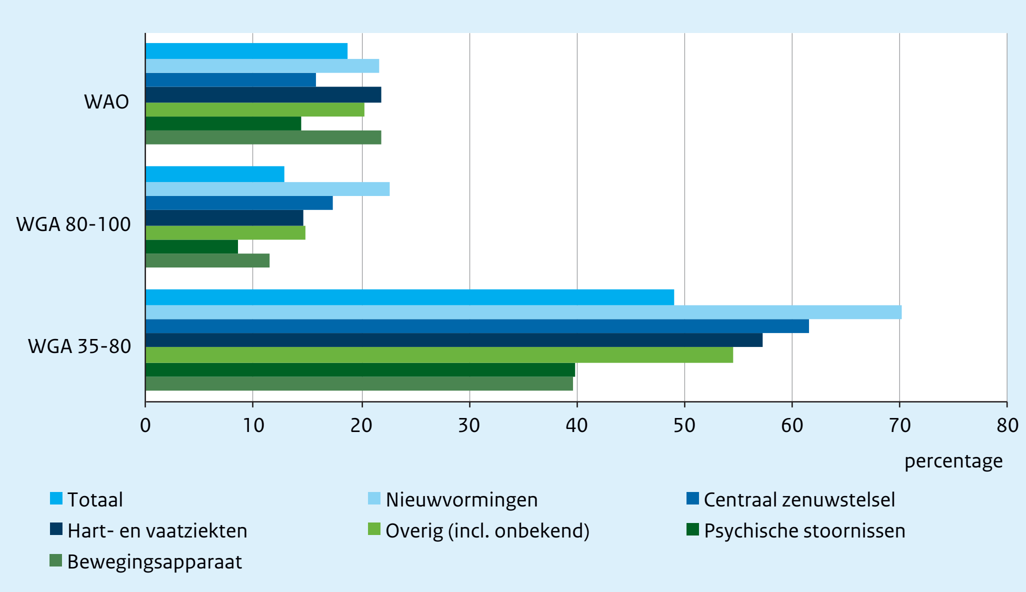
[1] In 2005 was er nauwelijks instroom omdat bij de invoering van de WIA als opvolger van de WAO de ziekteperiode is verlengd van één naar twee jaar.
WAO = Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering; WIA = Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen

degene met kanker het hoogst. Dit patroon komt overeen met arbeidsongeschikten in andere leeftijdsgroepen (zie *paragraaf* 3.2).

Ouderen verzuimen meer dan gemiddelde beroepsbevolking

Ziekteverzuim kan een voorbode zijn van daadwerkelijk uitval uit het arbeidsproces door arbeidsongeschiktheid. Het verzuimpercentage is onder oudere werknemers met 5,9 dagen per 100 kalenderdagen hoger dan voor de volledige beroepsbevolking (4,2) (Koppes et al., 2011). De oorzaken van langdurig ziekteverzuim verschillen per levensfase. Bij dertigers zijn het de psychische aandoeningen die het meeste ziekteverzuim veroorzaken, maar als werknemers de 50 zijn gepasseerd zijn klachten aan het bewegingsapparaat en overige lichamelijke aandoeningen (beide ongeveer 40%) de grootste veroorzakers van het langdurige verzuim. Psychische aandoeningen zijn dan nog verantwoordelijk voor ongeveer 20% van het langdurige verzuim (van den Ende et al., 2013) (Bron: ArboNed 2012).

Figuur 4.5: Percentage WAO'ers/WGA'ers [1] van 55 tot 65 jaar met werk eind 2011, naar diagnosegroep (Bron: UWV 2013).



[1] WGA 35-80 = gedeeltelijk arbeidsongeschikten (35%-80%); WGA 80-100 = volledig niet-duurzaam arbeidsongeschikten (80%-100%)
WAO = Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering; WGA = Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten

4.3 Invloed van participatie op gezondheid

Hoofdpunten

Informele zorg
Eén op de vijf (21%) verleners van informele zorg vindt dat hun ervaren en/of psychische gezondheid is verslechterd door het geven van hulp. Eén op de zeven mantelzorgers zegt dat zijn ervaren gezondheid door de hulpverlening achteruit is gegaan en één op de acht vindt zijn psychische gezondheid verslechterd. Mantelzorgers die intensieve of complexe zorg bieden, die zorgen voor iemand met ernstige gedragsproblemen of voor hun partner lopen het grootste risico dat hun gezondheid achteruitgaat. Extra kwetsbaar blijken ook alleenstaande mantelzorgers, wellicht omdat het hen ontbreekt aan iemand die hen emotioneel kan steunen. Mantelzorgers die sterker zijn belast door het geven van mantelzorg ervaren eveneens vaker een achteruitgang in gezondheid.

Pensionering
Pensionering heeft voornamelijk een positief effect op gezondheid, maar dat geldt vooral voor de mentale gezondheid. De effecten op de lichamelijke gezondheid zijn niet duidelijk. Verder blijkt uit Nederlands onderzoek dat de positieve gezondheidseffecten vooral zichtbaar zijn bij mensen die rond de gemiddelde pensioenleeftijd met pensioen gaan, niet bij degenen die eerder of later stoppen met werken. Ook lijken de effecten afhankelijk van het al dan niet vrijwillig met pensioen gaan en van de verwachtingen die mensen hebben ten aanzien van hun pensioen.

Vrijwilligerswerk
Het gaan doen of blijven doen van vrijwilligerswerk hangt samen met een betere gezondheid en een lagere sterfte van ouderen op latere tijdstippen. Dit komt mogelijk deels doordat vrijwilligerswerk de persoonlijkheid versterkt, het sociale netwerk vergroot en een gevoel van voldoening geeft.

In de vorige paragraaf zagen we dat gezondheid en participatie samenhangen: gezondere ouderen participeren over het algemeen vaker. Ook zijn er aanwijzingen dat een goede gezondheid een positief effect heeft op participatie. In deze paragraaf kijken we naar de omgekeerde relatie, namelijk naar de mogelijke positieve en negatieve effecten van participatie op de gezondheid van ouderen. De focus ligt daarbij op de effecten van informele zorg (mantelzorg, *paragraaf 4.3.1*) en stoppen met werken (pensionering, *paragraaf 4.3.2*). Voor de effecten van het doen van vrijwilligerswerk op gezondheid, zie *Tekstblok 4.1*. De effecten van werken op de gezondheid zijn beschreven in het vorige hoofdstuk (*paragraaf 3.3*)

Tekstblok 4.1: De gezondheidseffecten van vrijwilligerswerk op basis van de LASA-studie.

Vrijwilligers zijn over het algemeen gezonder dan mensen die geen vrijwilligerswerk doen. Zij hebben minder vaak een chronische ziekte, scoren beter op tests voor fysiek en cognitief functioneren en rapporteren een betere ervaren gezondheid. Ook de sterfte is lager en de afname in gezondheid gaat langzamer. Een verklaring zou zijn dat ongezondere mensen meer belemmeringen ondervinden om vrijwilligerswerk te doen, waardoor het vooral de gezondere mensen zijn die vrijwilligerswerk doen. Gezondheid is dan geen gevolg van het doen van vrijwilligerswerk, maar maakt het doen van vrijwilligerswerk mogelijk (selectie). Maar vrijwilligerswerk kan ook leiden tot een verbetering van de gezondheid (causaliteit).

Om de causaliteit te onderzoeken, volgden Bekkers en collega's mensen die startten of stopten met het doen van vrijwilligerswerk (Bekkers et al., 2013; Deeg & Westendorp-de Seriere, 1994). Zij onderzochten hoe de gezondheid van deze mensen gedurende de tijd erna veranderde. Daarbij hielden ze rekening met de gezondheid van de deelnemers aan het begin van de studie. De conclusie van dit onderzoek was dat het gaan doen of blijven doen van vrijwilligerswerk samenhangt met een betere gezondheid en een lagere sterfte op latere tijdstippen. Op basis van één onderzoek kunnen we echter geen harde uitspraken over causaliteit doen.

De positieve samenhang tussen vrijwilligerswerk en gezondheid kan deels worden verklaard doordat vrijwilligerswerk de persoonlijkheid versterkt (meer regie over het eigen leven), het sociale netwerk vergroot en een gevoel van voldoening geeft.

4.3.1 Effect van informele zorg op gezondheid[1]

Beleidscontext

Ongeveer één op de zeven mantelzorgers voelt zich tamelijk zwaar tot zwaar belast (CBS, 2013b). Bovendien is het aantal zwaar of overbelaste mantelzorgers gestegen tussen 2001 en 2008 (Oudijk et al., 2010). Beleidsmakers maken zich dan ook zorgen over de gevolgen die mantelzorg (informele zorg) kan hebben voor de gezondheid van mensen. Ze signaleren dat een verminderde gezondheid samenhangt met een slechte balans tussen het verlenen van zorg en het leven dat men wil leiden. In de nota 'Zorg nabij' (VWS, 2001) is een opeenstapeling van mogelijke 'tekorten' door het helpen beschreven: "Men wordt geconfronteerd met problemen waarvoor men aanvankelijk (voor de korte termijn) meestal nog wel een oplossing kan bedenken maar die op den duur zonder ondersteuning voor de mantelzorger haast onoplosbaar zijn. Met name door een cumulatie van problemen ontstaan overbelasting van de mantelzorger en gezondheidsklachten, overspanning, stress en ongewenste vormen van geweld of verwaarlozing." De beleidsboodschap in recente nota's is dat deze kwetsbare helpers mogen rekenen op ondersteuning (VWS, 2013d).
Vanuit de huidige visie op de langdurige zorg en ondersteuning neemt het belang van meer zicht op eventuele gezondheidsschade van mantelzorgers nog verder toe. Mensen die een beroep willen doen op

[1] Deze paragraaf is geschreven door Alice de Boer en Mirjam de Klerk van het Sociaal en Cultureel Planbureau

de langdurige zorg, worden namelijk geacht eerst hulp vanuit hun sociale omgeving te vragen (VWS, 2013b).

Eerder onderzoek: mantelzorg kan ten koste gaan van gezondheid

Er is veel onderzoek beschikbaar naar effecten van het geven van mantelzorg. Uit deze studies komt over het algemeen naar voren dat mantelzorg niet alleen belastend kan zijn, maar ook ten koste kan gaan van de gezondheid en het welbevinden van helpers (Stull et al., 1994; Chappell & Reid, 2002; Pot et al., 1997; van Exel et al., 2004; Yates et al., 1999). Vaak gaat het in deze onderzoeken om mantelzorgers van een specifieke patiëntenpopulatie (personen met dementie, lichamelijke beperking of chronische ziekte) of vanuit een specifieke sociale relatie (kinderen, ouders). Zo blijkt uit een Amerikaans onderzoek onder veertig mantelzorgers van mensen met gehandicapte kinderen dat bij bijna de helft van de mantelzorgers in het jaar voorafgaand aan het interview de gezondheid achteruit was gegaan (Murphy et al., 2007). Deze veranderingen werden toegeschreven aan een tekort aan tijd, te weinig controle over de zorgsituatie en afgenomen psychosociale energie. Er zijn ook studies die ingaan op één aspect van gezondheid, zoals depressieve stoornissen en angststoornissen (Mann-Poll et al., 2007). Zo laat een review op basis van tien studies zien dat depressie, vastgesteld volgens diagnostische criteria, relatief vaak wordt aangetroffen bij hulpverleners van mensen met dementie (Cuijpers, 2005). Ander onderzoek laat zien dat langdurige stress door de zorg voor bijvoorbeeld chronisch zieke kinderen tot snellere veroudering van cellen kan leiden en daarmee mogelijk ook het tijdstip waarop iemand een chronische ziekte krijgt kan vervroegen (Epel et al., 2004).

Maar hoe zit dat bij oudere mantelzorgers?

De hiervóór genoemde studies zijn vaak niet gericht op oudere mantelzorgers. In deze paragraaf gaan we daarom in op de vraag of het geven van mantelzorg leidt tot een verslechtering van de gezondheid van ouderen en zo ja, bij welke groepen mantelzorgers? Daarbij kijken we specifiek naar kenmerken van de zorgsituatie, van mantelzorgers zelf, en naar de ernst van de belasting. Ook gaan we in op de gezondheidsproblemen die degenen met een verslechterde gezondheid ondervinden.
Voor dit onderzoek hebben we analyses verricht op gegevens verkregen met een schriftelijke enquête uit 2007 (Informele Hulp 2007 (IH'07)) onder bijna 2.500 volwassen mantelzorgers, van wie 972 ouderen van 55 jaar en ouder. In deze enquête is gevraagd naar de effecten van de hulp op hun eigen gezondheid in de afgelopen periode. Hoewel er dus geen sprake is van longitudinaal onderzoek kunnen we op basis van de door de mantelzorgers zelf ervaren verandering in gezondheid door het geven van hulp toch iets zeggen over de effecten van mantelzorg op gezondheid. Er zijn twee indicatoren gebruikt: een globale gezondheidsmaat (de ervaren gezondheid) en één maat voor psychische gezondheid (een gevoel van neerslachtigheid of somberheid).

Eén op de vijf ondervindt achteruitgang in gezondheid

Eén op de zeven verleners van informele zorg (14%) zegt dat hun gezondheid door de hulpverlening achteruit is gegaan en nog eens één op de acht (13%) vindt dat zijn of haar psychische gezondheid is verslechterd (zie *Tabel 4.6*). Een kleine groep mantelzorgers, 6%, ervaart zowel een achteruitgang in subjectieve als in psychische gezondheid. In totaal vindt één op de vijf (21%) dat zijn gezondheid (ervaren en/of psychisch) achteruit is gegaan. Een positieve verandering van gezondheid komt nauwelijks voor (respectievelijk 1% en 4%).

Tabel 4.6: Verandering van de gezondheid door het helpen bij oudere mantelzorgers (55+) in 2007 (in procenten; N=909) (Bron: CBS-IH'07; SCP-bewerking).

	Psychische gezondheid [a]			
	Vooruitgang	Geen verandering	Achteruitgang	Totaal
Ervaren gezondheid [b]				
vooruitgang	0	1	0	1
geen verandering	4	74	7	85
achteruitgang	0	8	6	14
Totaal	4	83	13	100

[a] Bent u sinds u hulp geeft meer neerslachtig of somber geworden of juist niet? Meer, maakt niet uit, minder.
[b] Is uw gezondheid door het hulp geven voor- of achteruitgegaan? Is vooruitgegaan, is hetzelfde gebleven, is achteruitgegaan.

Achteruitgang gezondheid bij intensieve en complexe zorg
Uit ons onderzoek blijkt dat de gezondheid van oudere mantelzorgers naar eigen zeggen sterker achteruitgaat naarmate ze intensiever en/of meerdere typen hulp bieden (zie *Tabel 4.7*). Helpers die complexe en intieme zorgvormen geven, zoals persoonlijke verzorging en verpleging, ervaren ook vaak een achteruitgang in gezondheid. Een verslechtering van de psychische gezondheid wordt vooral ervaren door degenen die langdurig hulp geven. (Inter)nationale studies bevestigen deze uitkomsten. Zo liet onderzoek onder 243 Canadese mantelzorgers van dementerenden en niet-dementerenden zien dat mensen die intensieve zorg bieden in de week voorafgaand aan het interview een lager niveau van welbevinden ervaren (Chappell & Reid, 2002). In Nederland is aangetoond dat ouderen die veel mantelzorg geven vaker mentale gezondheidsproblemen ervaren dan ouderen die dit niet doen (Croezen, 2010).

Ook achteruitgang bij veeleisende zorgsituaties
Vaak wordt aangenomen dat de ernst van de situatie van de hulpontvanger van invloed is op de gezondheidstoestand van de hulpgever. Het effect van de ernst van lichamelijke beperkingen is, tegen de verwachting in, bij geen van de twee indicatoren significant. Kennelijk leidt de hulp aan personen met veel lichamelijke beperkingen niet tot verandering in de gezondheid. Van groter belang is of men hulp biedt aan personen in veeleisende zorgsituaties, zoals in het geval van een chronische ziekte, van een terminale situatie of bij ernstige gedragsproblemen. Het effect van gedragsproblemen van hulpbehoevenden op de gezondheid van helpers is eerder aangetoond (Pinquart & Sorensen, 2002).

Vaker achteruitgang gezondheid bij zorg voor partner
De sociale relatie tussen hulpontvanger en gever is vermoedelijk een belangrijke factor bij het optreden van gezondheidsproblemen. Uit de literatuur blijkt namelijk dat helpers van personen met wie men een nauwe relatie onderhoudt meer kans maken op gezondheidsproblemen (Savage & Bailey, 2004; Jacobs & Lodewijckx, 2006).
Uit *Tabel 4.8* blijkt dat het hier geschetste beeld uit de literatuur ook voor ouderen opgaat. Eén op de vier helpende partners zegt dat hun gezondheid achteruit is gegaan tegen 7% van de helpers van een kennis, vriend, buur of collega (zie *Tabel B5.10* in *Bijlage* 5). Een vergelijkbaar patroon treedt op bij de psychische

Tabel 4.7: Achteruitgang van de gezondheid door het helpen bij oudere mantelzorgers (55+), naar kenmerken van de zorgsituatie in 2007 (Bron: CBS-IH'07; SCP-bewerking) [1].

	Achteruitgang ervaren gezondheid	Achteruitgang psychische gezondheid
Geboden hulp		
> 8 uur uur per week	↓	-
> 3 maanden	-	↓
Geven van emotionele steun en begeleiding	↓	-
Geven van begeleiding bij bezoeken	-	-
Geven van huishoudelijke hulp	-	-
Geven van begeleiding bij regelen van zaken en administratie	↓	-
Geven van persoonlijke verzorging	↓	-
Geven van verpleegkundige hulp	↓	-
Meerdere typen hulp (van 1 tot 4 of meer)	↓	-
Kenmerken van de hulpbehoevende		
Zorgsituatie (chronisch ziek, tijdelijk, anders, terminaal)	↓ [a]	↓ [a]
Ernst van lichamelijk beperkingen (van niet tot ernstig)	-	-
Ernst van gedragsproblemen (van geen tot veel)	↓	↓

[1] Zie *Tabel B5.9* in *Bijlage* 5 voor de achterliggende cijfers (percentages en frequentieverdeling).
↓ Significante achteruitgang
- Geen significante achteruitgang
[a] Significante achteruitgang door zorgen voor chronisch en terminaal zieken

gezondheid. Het is mogelijk dat de verzorgers van partners juist die mensen zijn die veel uren hulp geven en daardoor gezondheidsproblemen ontwikkelen. In dat geval zou na correctie voor het aantal uren dat hulp gegeven wordt het positieve effect van sociale relatie op verslechtering in de gezondheid moeten verdwijnen. Hierna (in *Tabel 4.9*) zal blijken dat deze laatste uitleg maar een deel van de verklaring vormt.

Geen verschil tussen mantelzorgers met en zonder werk

In beleidsdocumenten is te lezen dat werkende helpers een risicogroep zijn voor gezondheidsproblemen: “Deze combinatie [van arbeid en zorg] kan tot spanningen leiden die voor mantelzorgers moeilijk oplosbaar zijn. Ook deze spanningen kunnen leiden tot ziekte en uitval van de mantelzorger” (VWS, 2005). *Tabel 4.8* laat zien dat uit ons onderzoek geen verschillen naar voren komen tussen 55-plussers in uiteenlopende arbeidsmarktposities. Zowel (fulltime en parttime) werkende als niet-werkende mantelzorgers ervaren een gemiddelde kans op een terugval. Dit geldt zowel voor de ervaren gezondheid als voor de psychische gezondheid.

Vaker achteruitgang gezondheid bij alleenwonenden en alleroudsten

Alleenwonende mantelzorgers hebben een grotere kans op gezondheidsschade. Mogelijk speelt het niet kunnen delen van de zorgen over de geboden mantelzorg een rol. Huishoudvorm is dan op te vatten als een indicator voor de omvang van en steun uit het sociale netwerk die helpers tot hun beschikking hebben. Deze interpretatie past goed bij eerder onderzoek onder ouderen waaruit blijkt dat het ontberen

Tabel 4.8: Achteruitgang van de gezondheid door het helpen bij oudere mantelzorgers (55+), naar sociale relatie tussen gever en ontvanger en andere kenmerken van de mantelzorger in 2007 (Bron: CBS-IH'07; SCP-bewerking) [1].

	Achteruitgang ervaren gezondheid	Achteruitgang psychische gezondheid
Sociale relatie (partner, ouder, kind, zus, ander familielid, vriend, buur, anders)	↓ [a]	↓ [a]
Leeftijd (55 tot 85 jaar)	↓ [b]	-
Geslacht	-	-
Arbeidsmarktpositie 55-plussers (van niet werken tot fulltime)	-	-
Arbeidsmarktpositie 55- tot 65-jarigen (van niet werken tot fulltime)	-	-
Opleidingsniveau (van basisschool tot universiteit)	-	-
Huishoudvorm (alleen, samen)	↓ [c]	-

[1] Zie *Tabel B5.10* in *Bijlage* 5 voor de achterliggende cijfers (percentages en frequentieverdeling).
↓ Significante achteruitgang
- Geen significante achteruitgang
[a] Significante achteruitgang voor partner en kind
[b] Significante achteruitgang voor 75-plussers
[c] Significante achteruitgang voor alleenstaanden

van een huisgenoot grote negatieve gevolgen heeft voor het onderhouden van relaties (Broese van Groenou & Deeg, 2006b). Ook kan er sprake zijn van een selectieve groep: alleenwonende helpers hebben meer tijd om zorg te verlenen, waardoor ze eerder belast raken en gezondheidsschade oplopen. In de multivariate analyse hierna zal blijken dat deze laatste interpretatie niet klopt.
Naast huishoudvorm, is er ook een significant verschil naar leeftijd: de alleroudsten maken vaker een achteruitgang mee (zie ook *Tabel 4.8*). Dit kan samenhangen met het feit dat oudere helpers vaker alleenstaand zijn of vaker met relatief ernstige zorgsituaties te maken hebben.

Samenvattend: grootste kans op gezondheidsschade bij intensieve of complexe zorg en zorg voor de partner

In een samenvattende analyse gaan we na welke van de net besproken kenmerken van mantelzorgers en de zorgsituatie veranderingen in gezondheid het sterkst bepalen. We doen dit met behulp van een multivariate analyse, waarbij met alle factoren tegelijkertijd rekening wordt gehouden. Dan blijkt de kans dat de gezondheid van mantelzorgers achteruitgaat, beduidend hoger bij helpers die intensieve of complexe zorg bieden of die zorgen voor iemand met ernstige gedragsproblemen (zie *Tabel 4.9*). Dit geldt ook voor helpers die hun partner verzorgen. Deze uitkomst kan niet verklaard worden door de vele uren hulp die verzorgers van partners vaak bieden; hiervoor is in deze analyse gecorrigeerd. Het is goed denkbaar dat het verlies van de gezondheid of de mobiliteit van degene met wie men het leven deelt voor deze uitkomst verantwoordelijk is. Tot slot hebben ook alleenstaande mantelzorgers een grotere kans gezondheidsschade op te lopen. De aanwezigheid van een partner is dus een beschermende factor voor het optreden van gezondheidsschade.

Tabel 4.9: Determinanten van de achteruitgang van de gezondheid bij oudere mantelzorgers (55+), naar een aantal kenmerken in 2007 (in twee logistische regressie-analyses)[1] (Bron: CBS-IH'07; SCP-bewerking).

	Achteruitgang ervaren gezondheid (N=754)	Achteruitgang psychische gezondheid (N=746)
	OR[a]	OR[a]
Zorgsituatie	R^2=16%	R^2=16%
Meer dan 8 uur per week	3,54*	2,43*
Gedragsproblemen van de hulpbehoevende	2,89*	3,21*
Zorgsituatie		
chronisch	1,23	1,94
tijdelijk	0,10	0,08*
andere situatie (referentiegroep)	1	1
terminale situatie	2,66	2,62
Kenmerken van de mantelzorger	R^2=22%	R^2=18%
Sociale relatie		
partner	2,79*	1,67
(schoon)ouders	1,22	1,28
anders (referentiegroep)	1	1
Alleenstaand	2,32*	0,96

[1] Er is ook gecorrigeerd voor ernst van de lichamelijke beperkingen van de hulpbehoevende, duur van de geboden hulp en leeftijd, sekse, arbeidsmarktpositie en opleiding van de mantelzorger, maar deze kenmerken bleken niet significant (p>0,05). De R^2 is de verklaarde variantie van het betreffende model; de percentages zijn cumulatief.
[a] OR = odds ratio. De OR drukt de unieke samenhang tussen gezondheidsverandering in termen van ervaren gezondheid en psychische gezondheid en de onderzochte factor uit. Hoe hoger de OR hoe sterker het verband.
* Significant p≤0,01;

Hoge ervaren belasting gaat samen met achteruitgang in gezondheid

Het overheidsbeleid veronderstelt een sterke relatie tussen een hoge belasting en het optreden van gezondheidsklachten door het helpen (VWS, 2001). In de cijfers in *Tabel 4.10* is te lezen dat deze aanname klopt. Bij (meer dan) de helft van de zeer zwaar of overbelaste helpers is de ervaren gezondheid verslechterd of zijn gevoelens van neerslachtigheid toegenomen; dit percentage ligt op 2 à 3% bij de niet of nauwelijks belaste helpers. Onduidelijk is hoe de causaliteit ligt. Het is niet uitgesloten dat het de verslechterende gezondheid is, die de ervaren belasting opstuwt. Het is ook mogelijk dat een hoge belasting tot meer gezondheidsproblemen leidt. Er kan ook sprake zijn van een wisselwerking.

Tabel 4.10: Achteruitgang van de gezondheid door het helpen bij oudere mantelzorgers (55+), naar ernst van belasting in 2007 (in procenten) (Bron: CBS-IH'07; SCP-bewerking).

	Achteruitgang ervaren gezondheid		Achteruitgang psychische gezondheid	
	Geen	Wel	Geen	Wel
Niet of nauwelijks belast	98	2	97	3
Enigszins belast	91	9	92	8
Tamelijk zwaar belast	76	24	77	23
Zeer zwaar belast	49	51	55	45
Overbelast	21	79	25	75

4.3.2 Effect van pensionering op gezondheid

Vergrijzing heeft consequenties voor de arbeidspopulatie
De vergrijzing van de bevolking heeft consequenties voor (de samenstelling van) de arbeidspopulatie. Mensen moeten langer doorwerken en meer mensen moeten blijven werken. De gemiddelde pensioenleeftijd is sinds 2006 gestegen van rond de 61 jaar naar 63,6 jaar in 2012 (zie *paragraaf 4.1*). Om de pensioenen betaalbaar te houden, is in 2012 besloten de AOW-leeftijd stapsgewijs te verhogen naar 67 jaar in 2021. Momenteel voeren ook veel andere landen een hervorming van de pensioenen in. Vooralsnog kent geen enkel land een pensioenleeftijd van 67 jaar. We weten dus ook niet of een dergelijke hervorming invloed heeft op de gezondheid. Wel kunnen we iets zeggen over de invloed van pensionering op zichzelf op de gezondheid en wat de gezondheidseffecten zijn van pensionering op verschillende leeftijden.

Pensioen kan stress geven, of stress juist verlichten
De overgang van werk naar pensioen is een belangrijke transitiefase in een mensenleven (Jokela et al., 2010). Pensionering is een geleidelijk proces waarbij drie fasen worden doorlopen: prepensioen, het moment van pensionering en postpensioen. Daarbij kan pensionering gezien worden als een stressvolle verandering met negatieve gezondheidseffecten tot gevolg. Echter, pensionering kan mensen ook ontdoen van stress en de mogelijkheid bieden gezonde activiteiten te ondernemen (van Solinge, 2007).

In deze paragraaf kijken we naar de gevolgen van pensionering voor de gezondheid van ouderen. Hiervoor hebben we een literatuuronderzoek uitgevoerd op basis van longitudinale studies gepubliceerd tussen 1992 en mei 2012. Allereerst komt de Nederlandse situatie aan bod. Omdat de meeste informatie op slechts twee Nederlandse studies is gebaseerd, kijken we ook naar onderzoek in andere Europese landen om de bevindingen uit Nederland mee te vergelijken.

Mensen voelen zich gezonder na pensionering
Mensen beoordelen hun gezondheid als beter na hun pensionering (zie *Tabel 4.11*) (van Solinge, 2007; Rijs et al., 2012). Dit blijkt uit het weinige longitudinale Nederlandse onderzoek dat is gedaan naar de gezondheidsgevolgen van met pensioen gaan. In de enige Nederlandse studie naar de relatie tussen pensionering en mortaliteit is geen verschil gevonden in het risico op mortaliteit na 65 jaar tussen werknemers die tussen hun 62e en 64e met pensioen gingen en werknemers die gedurende deze periode bleven werken (Kalwij et al., 2010).

Tabel 4.11: Score op aspecten van gezondheid voor en na pensionering (in procenten; N=778) (van Solinge, 2007).

	1995: voor pensionering	2001: na pensionering
Medische consumptie		
'Hoe lang is het geleden dat u voor het laatst de huisarts bezocht?'		
minder dan twee maanden geleden	34	34
tussen twee maanden en een jaar	40	44
langer dan een jaar	26	22
'Bent u onder behandeling of controle van een medisch specialist?'		
ja	57	31 [a]
'Heeft u de laatste twee weken door een arts voorgeschreven medicijnen gebruikt?'		
ja	52	46 [a]
Subjectief ervaren gezondheid		
(Erg) goed	82	86 [a]
Niet goed/niet slecht	14	11
(Erg) slecht	4	3

[a] Verschillen tussen 1995 en 2001 zijn statistisch significant.

Leeftijd van pensionering van invloed op de gezondheid

De leeftijd waarop mensen met pensioen gaan, lijkt een rol te spelen in de relatie tussen pensionering en ervaren gezondheid (Rijs et al., 2012). Pensionering rond het 60e levensjaar heeft een positief effect op de ervaren gezondheid (van Solinge, 2007; Rijs et al., 2012). Bij werknemers die om andere redenen dan hun gezondheid eerder met pensioen gingen (tussen 55 en 58 jaar) of juist later (tussen 61 en 64 jaar) werd geen effect gevonden. In de onderzoeksperiode van deze studie lag de gemiddelde pensioenleeftijd op 60 jaar. Rond de gemiddelde pensioenleeftijd met pensioen gaan, bleek dus de kans op een goede ervaren gezondheid te vergroten. Volgens de onderzoekers komt dit mogelijk doordat een goede timing van pensionering (rond de gemiddelde pensioenleeftijd) ervoor zorgt dat gepensioneerden zich makkelijker aanpassen aan de nieuwe situatie. Dit zou de ervaren gezondheid ten goede komen. De vraag is of deze relatie ook blijft bestaan als de pensioengerechtigde leeftijd wordt verhoogd naar 66 en uiteindelijk 67 jaar en daardoor de gemiddelde pensioenleeftijd opschuift.

Minder zorggebruik na pensionering

Pensionering lijkt ook een positieve invloed te hebben op zorggebruik: na pensionering daalt het aantal behandelingen en/of controles bij een medisch specialist (zie *Tabel 4.11*). Ook daalt het medicijngebruik. Er is geen verschil gevonden in huisartsenbezoek voor en na pensionering (van Solinge, 2007).

Effect van pensionering op gezondheid verschilt mogelijk tussen hoger en lager opgeleiden

Pensionering heeft mogelijk een sterkere invloed op de ervaren gezondheid van hoger opgeleiden dan op die van lager opgeleiden (Rijs et al., 2012). Hoogopgeleide gepensioneerden ervaren hun gezondheid als minder goed dan hoogopgeleiden die tot hun 65e zijn blijven werken. Dit verschil is niet gevonden voor midden- of laagopgeleiden. Het is onduidelijk in hoeverre het verschil in ervaren gezondheid onder

hoogopgeleiden het gevolg is van gezondheidsselectie (Rijs et al., 2012). Gezondheidsselectie houdt in dat een deel van de hoogopgeleiden om gezondheidsredenen voor hun 65e met pensioen is gegaan. Stoppen met werken heeft in dat geval niet hun gezondheid negatief beïnvloed, maar vanwege hun gezondheid zijn zij eerder met pensioen gegaan (Rijs et al., 2012). De resultaten moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd. De gezondheidseffecten van pensionering lijken niet te verschillen naar type beroep of naar geslacht (van Solinge, 2007; Rijs et al., 2012). In de ene studie rapporteren mannen meer gezondheidsklachten direct na pensionering dan vrouwen (van Solinge, 2007), terwijl een andere studie geen verschil vond tussen mannen en vrouwen in hoe zij hun gezondheid ervaren na pensionering (Rijs et al., 2012).

Bevindingen uit Europees onderzoek

Pensionering lijkt de mentale gezondheid positief te beïnvloeden
Een systematische review van de internationale literatuur over het effect van pensionering op gezondheid vond sterk bewijs voor een positief effect van pensionering op de mentale gezondheid (van der Heide et al., submitted). Deze review is gebaseerd op longitudinale studies uit Europa, Amerika en Israël. De review bevat een vijftal longitudinale studies uit Engeland, Finland en Frankrijk met een sterk onderzoeksdesign. Als we alleen naar deze Europese studies kijken, dan lijkt eveneens dat pensionering een positief effect heeft op de mentale gezondheid (Jokela et al., 2010; Mein et al., 2003; Oksanen et al., 2011; Westerlund et al., 2010). Bij een Engelse studie werd een positief effect gevonden van pensionering op de mentale gezondheid bij werknemers die op de pensioengerechtigde leeftijd pensioneerden (Jokela et al., 2010). Een andere Engelse studie vond alleen bij mannen een verbetering in de mentale gezondheid (Mein et al., 2003). In een Finse studie verminderde het antidepressivagebruik na het moment van pensioneren, wat een verbetering van mentale gezondheid impliceert (Oksanen et al., 2011). De Franse studie wees daarnaast uit dat de prevalentie van depressie omlaag gaat na pensionering (Westerlund et al., 2010).

Internationaal onvoldoende bewijs voor effect pensionering op de fysieke en ervaren gezondheid
De systematische review vond onvoldoende bewijs voor een effect van pensionering op de fysieke en ervaren gezondheid (van der Heide et al., submitted). Sommige studies vinden een positief of negatief effect, terwijl anderen geen enkel effect vinden. Dit geldt ook als we alleen naar de vijf Europese studies van hoge kwaliteit kijken. Zo verslechterde in de twee Engelse studies de fysieke gezondheid van gepensioneerden na hun pensionering (Jokela et al., 2010; Mein et al., 2003). De Franse studie vond wel een verbetering in de prevalentie van vermoeidheid, maar vond geen effect van pensionering op het krijgen van een chronische aandoening (Westerlund et al., 2010).
Ook verbeterde in deze Franse studie de ervaren gezondheid na pensionering (Westerlund et al., 2009). De andere Europese studies hebben het effect van pensionering op de ervaren gezondheid niet onderzocht. Verschillen in de bevindingen komen naast verschillen in de uitkomstmaat mogelijk door verschillen in de duur van de follow-up van de studies, verschillen in de manier waarop pensionering werd gemeten, de leeftijd waarop de deelnemers met pensioen zijn gegaan en door culturele verschillen tussen landen.

Meer inzicht nodig in mechanismen pensionering – gezondheid
Om de gezondheidseffecten van pensionering beter te begrijpen, is het van belang meer inzicht te krijgen in de onderliggende mechanismen die hierbij een rol kunnen spelen. Het gaat dan bijvoorbeeld om de

invloed van de vorm waarin mensen de overstap maken van werk naar pensioen (vrijwillig versus gedwongen), het besluitvormingsproces rondom pensionering, de leeftijd waarop dit gebeurt en de redenen die mensen hebben om met pensioen te gaan.

Vrijwillig versus onvrijwillig pensioen van invloed op gezondheid na pensionering
Eén Nederlandse studie gaat in op een aantal van de mechanismen die mogelijk van invloed zijn op gezondheid na pensionering (van Solinge, 2007). Oudere werknemers die onvrijwillig met (vervroegd) pensioen gaan vanwege andere redenen dan hun gezondheid (zoals reorganisatie of mantelzorg), ervaren hun gezondheid na pensionering in mindere mate als goed dan mensen die vrijwillig met pensioen gaan. Controle over het moment van pensionering levert daarmee een belangrijke bijdrage aan de ervaren gezondheid na pensionering. Oudere werknemers die de laatste jaren van hun werkzame leven zelf kunnen managen en controle hebben over de overstap van werk naar pensioen lijken minder gezondheidsklachten te ervaren na hun pensioen (van Solinge, 2007). De vraag of pensionering als een stressvolle gebeurtenis moet worden beschouwd, hangt dan ook samen met de mate waarin mensen vrijwillig met pensioen gaan.

Angst en stress van invloed op gezondheid na pensionering
Het onderzoek van Van Solinge laat ook zien dat de samenloop van pensionering met andere stressvolle gebeurtenissen het zorggebruik vergroot na pensionering (van Solinge, 2007). Daarnaast lijken de verwachtingen en ideeën die mensen hebben van de periode na het pensioen van invloed te zijn op hoe ouderen hun gezondheid ervaren. Oudere werknemers die onzeker of angstig zijn ten aanzien van hun pensionering, hebben meer kans om verslechteringen in hun gezondheid te ervaren na hun pensionering dan mensen die niet onzeker of angstig zijn. Vertrouwen in het eigen vermogen om veranderingen effectief het hoofd te bieden (self-efficacy) heeft een positieve invloed op hoe mensen hun gezondheid ervaren nadat ze met pensioen zijn gegaan.

4.4 Determinanten van participatie

Hoofdpunten

Vrijwilligerswerk en informele zorg
De factoren die van invloed zijn op het doen van vrijwilligerswerk of informele zorg zijn in te delen in drie clusters: het *kunnen* (vaardigheden), het *willen* (motieven) en de *mogelijkheden* ertoe hebben (omvang sociaal netwerk en gevraagd worden, sociaal kapitaal). Deze factoren hangen ook onderling samen. Voor het kunnen participeren wordt opleidingsniveau vaak gebruikt als maat voor verworven ervaring en vaardigheden. Motieven voor vrijwilligerswerk kunnen zowel positief als negatief zijn. Belangrijke positieve motieven zijn het opdoen van nieuwe vaardigheden, je eigen kennis en vaardigheden inzetten, sociale contacten en je ergens bij betrokken voelen. De sociale context geeft een indicatie van de kans dat iemand met bepaalde mogelijkheden om te participeren in aanraking komt. Sociale netwerken spelen daarbij een belangrijke rol. De sociale netwerken van mensen kunnen zowel stimulerend als belemmerend werken. Als het gaat om informele zorg spelen deels dezelfde positieve motieven een rol. Daarnaast speelt de band met de hulpbehoevende een rol, maar ook het gevoel dat het een morele verplichting is om te zorgen.

Arbeidsparticipatie
Er spelen verschillende factoren een rol bij de beslissing om vervroegd uit het arbeidsproces te stappen of om juist wel langer door te werken. Naast financiële overwegingen spelen ook persoonlijke factoren als motivatie en tevredenheid met het werk een rol. Daarnaast gaat het om werkgerelateerde factoren als werkbelasting, autonomie en sociale steun op de werkvloer (arbeidsomstandigheden), regelmogelijkheden in het werk, flexibiliteit in werktijden en -duur (arbeidsvoorwaarden) en scholing. Maar ook een goede gezondheid van de werknemer is essentieel, omdat het niet alleen een kwestie is van willen, maar ook van kunnen. Investeren in de gezondheid, bijvoorbeeld via een gezonde leefstijl en optimale arbeidsomstandigheden kunnen de belastbaarheid verhogen en daarmee bijdragen aan duurzame inzetbaarheid van ouderen.

De vorige twee paragrafen lieten zien dat participatie en gezondheid sterk met elkaar samenhangen. Gezonde ouderen participeren meer in arbeid, informele zorg en vrijwilligerswerk. Maar niet alleen gezondheid ook andere factoren hangen samen met al dan niet participeren. Deze paragraaf gaat in op de determinanten die een rol spelen bij participatie van ouderen. We richten ons eerst op de determinanten van informele zorg en vrijwilligerswerk (*paragraaf* 4.4.1). Daarna gaan we in op de determinanten van arbeidsparticipatie, vroegpensionering en langer doorwerken van oudere werknemers (*paragraaf* 4.4.2).

4.4.1 Determinanten van vrijwilligerswerk en informele zorg

Door vergrijzing neemt behoefte aan informele zorg(verleners) toe
Door de vergrijzing zijn ouderen niet alleen hard nodig op de arbeidsmarkt, maar neemt ook de behoefte aan informele zorg toe. Als ouderen moeten blijven werken en meer informele zorg gaan verrichten, houden ze dan nog genoeg tijd over om vrijwilligerswerk te verrichten? Of kunnen andere ouderen die

nog niet of minder participeren hiervoor warm worden gemaakt? Welke factoren spelen, naast gezondheid, een rol bij het (gaan) participeren in vrijwilligerswerk en informele zorg? Deze paragraaf beschrijft de determinanten voor het doen van vrijwilligerswerk en informele zorg op basis van een inventarisatie van de internationale wetenschappelijke literatuur van 2000 tot 2011 aangevuld met enkele studies uit de Nederlandse 'grijze' literatuur zoals rapporten van overheidsinstanties en onderzoeksinstituten.

Participatie is multifactorieel
In *paragraaf 4.2* zagen we dat gezonde 55-plussers vaker vrijwilligerswerk doen en informele zorg verlenen dan ongezonde 55-plussers. Dit geldt met name voor ouderen die hun gezondheid als goed ervaren. Het hebben van een chronische ziekte heeft geen invloed op deze twee vormen van participatie. Je gezond voelen lijkt dus een voorwaarde te zijn voor ouderen om te participeren. In deze paragraaf kijken we naar welke factoren nog meer van invloed zijn op het wel of niet participeren in vrijwilligerswerk of informele zorg door ouderen.

Grofweg zijn de factoren in te delen in persoonlijke factoren (menselijk kapitaal) en externe factoren die gerelateerd zijn aan de mogelijkheden die de sociale context biedt (sociaal kapitaal) (zie het ICF-raamwerk in *hoofdstuk 1* Inleiding). Persoonlijke factoren kunnen vervolgens weer ingedeeld worden in twee clusters: factoren die te maken hebben met het *kunnen* doen van vrijwilligerswerk en informele zorg, zoals vaardigheden en ervaring, en factoren die het *willen* participeren betreffen, zoals motieven om te (gaan) participeren. Kort gezegd hangt maatschappelijke participatie samen met het kunnen, het willen en de mogelijkheid ertoe hebben (Musick & Wilson, 2008; Broese van Groenou, 2012; Broese van Groenou, 2006a). Hieronder gaan we in op deze drie clusters van factoren.

Om te kunnen participeren zijn vaardigheden en ervaring nodig
In de literatuur ligt de focus bij het *kunnen* participeren op de sociaaleconomische status (beroepsniveau, inkomens en opleidingsniveau) als zogenaamde individuele hulpbron. Het gaat daarbij echter niet zozeer om opleidingsniveau sec, maar om de ervaring en vaardigheden waarover een individu beschikt (Musick & Wilson, 2008; Gesthuizen, 2006). Het merendeel van de gevonden studies vindt dat hoe hoger het opleidingsniveau is hoe vaker ouderen vrijwilligerswerk (gaan) doen (Tang & Morrow-Howell, 2008; Jegermalm & Grassman, 2009; Hank & Erlinghagen, 2010; Butrica et al., 2009; Choi & Chou, 2010; Li & Ferraro, 2005; Okun & Michel, 2006; Suanet et al., 2009). Ook diverse Nederlandse studies laten zien dat hoger opgeleide ouderen vaker vrijwilligerswerk doen (Gesthuizen, 2006; Wiggers, 2003; Hoeymans et al., 2005). Hetzelfde verband vinden we bij informele zorg, zowel volgens buitenlandse (Jegermalm & Grassman, 2009; Li & Ferraro, 2005; McCann et al., 2000; Johnson & Lo Sasso, 2006) als Nederlandse studies (Breedveld et al., 2004; Hoeymans et al., 2005) (zie ook *paragraaf 4.2*).

Uiteenlopende motieven om te participeren
De redenen die mensen hebben om te (gaan) participeren, zijn een andere belangrijke factor voor zowel vrijwilligerswerk als informele zorg. Voor informele zorg geldt dat verschillende overwegingen die voortvloeien uit normen, attitudes en verwachtingen een rol spelen (Broese van Groenou, 2012). Aan het verlenen van informele zorg kunnen zowel positieve (sterke band met hulpbehoevende) als negatieve (voelt als morele verplichting) overwegingen ten grondslag liggen.

Naast deze overwegingen speelt ook de inschatting van de noodzaak tot hulpverlening door het individu een rol en gaat het om aspecten als duur van de hulp, de intensiteit van de hulp en het soort hulp. Uit studies die expliciet vragen naar iemands motieven om zich onbetaald in te zetten, komt naar voren dat het opdoen van nieuwe vaardigheden en het leren kennen van mensen of opdoen van sociale contacten belangrijke drijfveren zijn om zich in te zetten als vrijwilliger (Wiggers, 2003). Andere belangrijke motieven van vrijwilligers zijn: vrijwilligerswerk is leuk om te doen, je kunt iets voor anderen betekenen, je kunt iets zinvols doen, je kunt je eigen kennis en vaardigheden inzetten en dus nieuwe vaardigheden opdoen en je voelt je ergens bij betrokken (Penninx, 2010). Religieuze overwegingen zijn soms wel (Wiggers, 2003) en soms geen (Penninx, 2010) belangrijke overwegingen om vrijwilligerswerk te doen. Ook psychosociale karakteristieken lijken een rol te spelen (Choi & Chou, 2010; Okun & Michel, 2006). Zo lijkt het willen overdragen van kennis en kunde aan een volgende generatie, ook wel aangeduid met ‘generative concern’, een positieve invloed te hebben op het doen van vrijwilligerswerk door ouderen (Choi & Chou, 2010).

Sociale context geeft zowel mogelijkheden als beperkingen om te participeren
Naast individuele factoren hangt ook de sociale context samen met het al dan niet verlenen van vrijwilligerswerk of informele zorg (Musick & Wilson, 2008). Die context geeft onder andere een indicatie van de kans dat men met mogelijkheden om te participeren in aanraking komt. Sociale netwerken spelen daarbij een belangrijke rol. De sociale netwerken van mensen kunnen zowel stimulerend als belemmerend werken. Netwerken kunnen individuen informatie en sociale steun bieden en vergroten de kans dat men een hulpbehoevende in het netwerk treft of gevraagd wordt om zich (onbetaald) voor organisaties in te zetten. Hoe groter en heterogener het netwerk, hoe groter de kans om gevraagd te worden. Het gevraagd worden vergroot op zijn beurt weer de kans dat men ook daadwerkelijk gaat participeren in formeel vrijwilligerswerk. Verschillende, voornamelijk cross-sectionele studies, laten zien dat hoe vaker ouderen contact hebben met mensen in hun omgeving, hoe groter de kans is dat zij vrijwilligerswerk doen (Choi & Chou, 2010; Li & Ferraro, 2005; Li & Ferraro, 2006; Kloseck et al., 2006). Bij het verlenen van informele zorg geldt hoe groter de omvang, hoe groter de kans dat men een hulpbehoevende in het netwerk heeft. Uit Nederlands onderzoek komt naar voren dat het hebben van een hulpbehoevende in het netwerk de belangrijkste reden is voor het verlenen van informele zorg (Sadiraj et al., 2009). Maar het sociale netwerk kan ook belemmerend werken. Als het bijvoorbeeld gangbaar is binnen een netwerk om vrijwilligerswerk neer te leggen als de partner stopt met werken, zal dit in theorie sneller gebeuren dan wanneer een individu verkeert in een netwerk met andere opvattingen (Gubrium, 1972; Bekkers, 2004).

Determinanten hangen onderling samen
De persoonlijke (menselijk kapitaal) en contextgerelateerde factoren (sociaal kapitaal) van maatschappelijke participatie hangen ook onderling samen. Zo hangt een hoger opleidingsniveau samen met een grotere bekendheid met de mogelijkheden om te participeren (Wiggers, 2003). Hoogopgeleide mensen hebben vaker dan laagopgeleide mensen uitgebreide sociale netwerken (Choi & Chou, 2010), waardoor de kans toeneemt dat ze worden gevraagd voor vrijwilligerswerk. Menselijk en sociaal kapitaal zijn dus vaak onderling vervlochten omdat individuen met een hogere opleiding, een hoger inkomen en een betere gezondheid vaker grotere sociale netwerken hebben waardoor ze meer mogelijkheden hebben om vrijwilligerswerk te doen (Musick & Wilson, 2008).

4.4.2 Determinanten van arbeidsparticipatie

De arbeidsparticipatie van ouderen is de laatste jaren flink gestegen. Niet alleen omdat zij langer door *moeten* werken. Er zijn ook steeds meer mensen bereid om tot of na hun 65e door te werken en mensen achten zichzelf daar ook steeds meer toe in staat (zie *paragraaf 4.1*). Vanwege de vergrijzing en ontgroening staat duurzame inzetbaarheid hoog op de politieke agenda. Duurzame inzetbaarheid betekent dat medewerkers in hun arbeidsleven doorlopend over mogelijkheden beschikken om nu en in de toekomst met behoud van gezondheid en welzijn te blijven werken. De overheid moedigt oudere werknemers aan langer door te werken. De vraag daarbij is welke factoren daarbij een rol spelen. Inzicht in de determinanten voor (vervroegd) uittreden en langer doorwerken (na het 65e jaar) is van belang om interventies en maatregelen door werkgever of overheid succesvol in te kunnen zetten.

Redenen om te stoppen met werken zijn multifactorieel
Meestal heeft een werknemer meerdere redenen om uit het arbeidsproces te stappen of langer door te werken; de beslissing is dan multifactorieel. Hierbij gaat het om een combinatie van factoren, zoals de gezondheid, werkplezier en economische, sociale, institutionele en psychologische factoren (Taylor, 2001). De rol van gezondheid als determinant van uittreden uit het arbeidsproces onder oudere werknemers is al besproken in *paragraaf 4.2* en wordt om die reden in deze paragraaf buiten beschouwing gelaten.

Deze paragraaf gaat in op de determinanten anders dan gezondheid. Op basis van een brede inventarisatie van de literatuur beschrijft deze paragraaf eerst de determinanten voor het stoppen met werken voor het 65e levensjaar (vervroegde pensionering) en daarna de determinanten voor doorwerken tot en/of na het 65e jaar. De determinanten zijn daarbij ingedeeld in persoonlijke factoren, werkgerelateerde persoonlijke factoren en werkgerelateerde factoren (zie ICF-raamwerk in *hoofdstuk 1*).

De literatuur is niet altijd eenduidig in het gebruik van de leeftijdsgrens wanneer het gaat om langer doorwerken. Zo gaan enkele onderzoeken uit van langer doorwerken dan voorheen of dan gepland, terwijl andere onderzoeken de grens van 65 jaar aanhouden. In deze paragraaf is geprobeerd de verschillende definities voor langer doorwerken inzichtelijk te houden en daar waar mogelijk te onderscheiden.

Determinanten van (vervroegde) pensionering

Er zijn verschillende redenen voor vervroegd uittreden uit het werk. Naast vroegpensioen/VUT kunnen werknemers ook vanwege arbeidsongeschiktheid of werkloosheid voortijdig het arbeidsproces verlaten. Omdat deze twee vormen van vervroegde uittrede voor de gehele beroepsbevolking gelden, en niet specifiek voor de oudere werknemer, laten we deze veelal gedwongen redenen voor arbeidsuittrede buiten beschouwing. Daarmee richt deze paragraaf zich in het bijzonder op vervroegde pensionering als vorm van voortijdige arbeidsuittrede. *Hoofdstuk 3* gaat over determinanten van arbeidsparticipatie bij de gehele beroepsbevolking, specifiek bij werknemers met psychische problemen en klachten aan het bewegingsapparaat, omdat dit de belangrijkste oorzaken van arbeidsongeschiktheid zijn.

Tabel 4.12: Determinanten (behalve gezondheid) voor duurzame inzetbaarheid bij oudere werknemers (Brouwer et al., 2012; van Amsterdam & Proper, 2012).

(vervroegde) Pensionering	Doorwerken tot of na pensionering
Persoonlijke factoren	
Woongebied platteland	Persoonlijkheid (ondernemend)
Aantal keren ziekteverzuim	Motivatie
Leefstijl: meer alcohol, matig overgewicht, veel bewegen in vrije tijd	Werkende partner
Gebrek aan vrije tijd	Ongunstige financiële situatie
Klein sociaal netwerk	
Gunstige financiële situatie	
Werkgerelateerde persoonlijke factoren	
Kans op ander werk laag, uitzichtloosheid	Tevredenheid werk
Negatieve werkhouding	Weinig werkstress
Positieve houding t.a.v. pensionering	Gebruik van kennis en ervaring
Werkgerelateerde factoren	
Hoge werkdruk	Werkjaren in bedrijf
Werkuren/overwerk	Vermindering arbeidsduur
Lage autonomie, gebrek aan regelmogelijkheden	Hoge autonomie
'Blue collar' work	Ervaring in het werk
Type arbeidscontract	Taakidentiteit
Hoge sociale druk om met pensioen te gaan	Tevredenheid met arbeidsvoorwaarden
Gebrek aan sociale steun van de leidinggevende	Opleidings- en doorgroeimogelijkheden
Werkconflicten	
Disbalans inspanning en beloning	
Gebrek aan scholing	
Intimidatie op werkvloer	
Early exit cultuur in bedrijf	

Verschillende determinanten van (vervroegde) pensionering
Een overzichtsstudie van het Universitair Medisch Centrum Groningen en de Radboud Universiteit Nijmegen noemt naast gezondheid een aantal determinanten voor (vervroegde) pensionering (Brouwer et al., 2012), zoals sociaaleconomische status, negatieve houding ten aanzien van het werk, en werkgerelateerde factoren zoals een zware werkbelasting (werkdruk/tempo, fysiek) en een lage autonomie (zie *Tabel 4.12*). Hieronder bespreken we een aantal determinanten in meer detail.

Financiële situatie: men moet het zich kunnen veroorloven
De financiële situatie speelt een rol in de beslissing om met vervroegd pensioen te gaan dan wel langer door te werken na het 65e jaar. Ondanks wat tegenstrijdige resultaten is de conclusie dat er wel financiële motieven zijn voor het langer doorwerken, en men het zich moet kunnen veroorloven om eerder met pensioen te gaan. Zo bleek uit een onderzoek dat de beschikking over inkomsten uit beleggingen en het

hebben van een pensioen- of ziektekostenverzekering na pensionering determinanten zijn van volledige pensionering (Brouwer et al., 2012).

Lage autonomie op het werk belangrijke factor voor vroegpensioen
Uit verschillende studies blijkt dat een gebrek aan regelmogelijkheden of lage autonomie in het werk een belangrijke werkgerelateerde factor is voor een vervroegde pensionering (Robroek et al., 2013; Siegrist et al., 2007; van den Berg et al., 2010a). Ook het Nederlandse ouderen cohort STREAM vindt dat oudere werknemers met een hoge autonomie in het werk minder vaak vervroegd uit het arbeidsproces treden dan werknemers met een lage autonomie (de Wind et al., 2013b). Ook een disbalans tussen inspanning en beloning (Siegrist et al., 2007), een negatieve houding ten aanzien van het werk, negatieve verwachtingen met betrekking tot het vinden van ander werk (Brouwer et al., 2012) en ontevredenheid met het werk en de werkomgeving spelen een rol bij de beslissing om te stoppen met werken en vroeger met pensioen te gaan (Estryn-Behar et al., 2010; van den Berg et al., 2010b).

Fysiek werk speelt rol bij beslissing om met vervroegd pensioen te gaan
Een tienjarige follow-up (1999-2009) onder Nederlandse oudere werknemers wijst uit dat psychische werkbelasting niet van invloed is op het vervroegd met pensioen gaan noch op vervroegde uittrede vanwege arbeidsongeschiktheid (Otten et al., 2012). Voor die laatste vorm van voortijdige uittrede bleek alleen het verrichten van fysiek werk van invloed (Otten et al., 2012).

Houding van leidinggevende bepaalt mede vervroegde pensionering
De houding van de direct leidinggevende over het uittreden is tevens een belangrijke factor, omdat deze persoon de dagelijkse praktijk op de werkvloer kent en als schakel fungeert tussen het belang van de organisatie en de werknemer. Zo heeft onderzoek onder uitgetreden werknemers laten zien dat een derde aangaf een jaar langer te hebben doorgewerkt als de werkgever daarom had gevraagd (Henkens et al., 2009). Ook een lage sociale steun van leidinggevende en collega's is voorspellend voor het stoppen met werken vóór de 65-jarige leeftijd (Ybema, 2009). Werknemers die veel sociale steun op de werkvloer ervaren, gaan minder vaak met vervroegd pensioen dan werknemers die geen sociale steun ontvangen (de Wind et al., 2013b).

Determinanten voor doorwerken tot of na 65 jaar

Beperkt longitudinaal onderzoek naar determinanten voor langer doorwerken
Factoren voor het al dan niet doorwerken na de pensioenleeftijd hebben, naast een goede gezondheid, vooral te maken met een hoge arbeidsmotivatie en aspecten met betrekking tot werk (tevredenheid, werkstress) (zie *Tabel 4.12*). Hierna bespreken we een aantal factoren die van invloed zijn op het doorwerken tot of na 65 jaar in meer detail. Daarbij maken we onderscheid in determinanten van *willen* en van *kunnen* doorwerken. Overigens geven deze resultaten slechts een indicatie. Door een gebrek aan longitudinale studies is er onvoldoende bewijs om te concluderen welke factoren daadwerkelijk leiden tot doorwerken tot of na 65 jaar (Brouwer et al., 2012).

Arbeidsomstandigheden en sociale steun van invloed op kunnen doorwerken tot 65e jaar
Gezondheidskenmerken en (fysieke en mentale) arbeidsomstandigheden lijken vooral van invloed op het *kunnen* doorwerken. Bij arbeidsomstandigheden gaat het bijvoorbeeld om fysiek zwaar werk, hoge

taakeisen, gebrek aan sociale steun van leidinggevende en lage autonomie (Ybema, 2009). Werknemers die fysieke kracht gebruiken tijdens het werk, een hoge emotionele werkbelasting of weinig steun van de leidinggevende ervaren, geven vaker aan niet door te kunnen werken in de huidige functie tot het 65e jaar (Oude Hengel et al., 2012). Let wel dat er hier verschillen zijn tussen beroepen en sectoren. Vooral voor lichamelijk zware (ambachtelijke) beroepen en sectoren (bouw) zijn de percentages hoog. Werknemers in de gezondheidszorg en het onderwijs geven ook relatief vaak aan dat zij niet in hun huidige functie door kunnen werken tot hun 65e al wijken zij niet af van het gemiddelde in de bereidheid om door te werken (Ybema, 2009). Verder geeft 21,2% van de Nederlandse werknemers aan dat ze met lichter werk (fysiek en/of psychisch) bereid zouden zijn om tot een hogere leeftijd door te werken dan ze nu toe bereid zijn. Voor kunnen doorwerken is dit percentage 27,5% (Koppes et al., 2012).

Flexibele werktijden en vermindering van de arbeidsduur dragen bij aan langer doorwerken
De tevredenheid over de arbeidsvoorwaarden van oudere werknemers heeft een effect op de gewenste pensioenleeftijd. Volgens de NEA-enquête (2008 en 2009) leidt tevredenheid over flexibiliteit (flexibele werktijden, deeltijdwerk) tot een hogere (gewenste) pensioenleeftijd (van Zwieten et al., 2011). Vermindering van de arbeidsduur voor oudere werknemers is een belangrijke drijfveer om langer aan het werk te blijven en geeft de mogelijkheid om op tijd op adem te komen of om taken op zich te nemen buiten het werk om (zoals het verzorgen van een zieke partner). Uit recente Nederlandse cijfers blijkt dat 60% van de werknemers aangeeft dat minder uren of dagen werk per week bijdraagt aan langer kunnen doorwerken. Daarnaast geeft 50% aan dat dit bijdraagt aan langer willen doorwerken (Hooftman et al., 2012).

Investeren in scholing voor oudere werknemers
Doorgaans bieden organisaties aan oudere werknemers minder bijscholing aan dan aan jongere werknemers en is het aantal oudere deelnemers aan cursussen laag (Borghans et al., 2007). Het geven van een verdere opleiding kan voor oudere werknemers echter zorgen voor erkenning, waardering en actieve betrokkenheid bij de organisatie. Dit motiveert oudere werknemers om langer te blijven werken (Stichting van de Arbeid, 2011). Slechts 5% tot 6% van de Nederlandse werknemers geeft echter aan dat bij- of omscholing bijdraagt aan het langer door willen of kunnen werken dan men op dat moment denkt (Koppes et al., 2012).

Arbeidsparticipatie geeft voldoening
Voor slechts een minderheid van de Nederlandse (oudere) werknemers geldt dat werken alléén maar een manier is om geld te verdienen. Voor een ander deel wordt het werk als plezierig en nuttig beschouwd, omdat het de eigenwaarde vergroot en voldoening en zingeving geeft. Een deel van de ouderen wil namelijk (door- of weer) werken, omdat zij werk zien als een manier om bij te dragen aan de samenleving, om actief te blijven en om in contact te komen/blijven met anderen. Voor hen geldt dat werk niet alleen een bron van inkomsten is, maar ook belangrijk is voor hun persoonlijke identiteit en hun sociale leven (van Amsterdam & Proper, 2012). Het werk helpt hen om lichaam en geest actief te houden en geeft hen het gevoel dat zij iets waardevols bijdragen aan de samenleving.

4.5 Maatregelen om participatie te bevorderen

Hoofdpunten

Vrijwilligerswerk en informele zorg
In Nederland bestaan verschillende initiatieven die vrijwilligerswerk door ouderen proberen te bevorderen. Deze initiatieven zijn onder te verdelen in 'het vragen van ouderen', 'het aanspreken van onderliggende motieven en talenten van ouderen' en 'het aanpassen van voorzieningen en de flexibiliteit van organisaties'. De eerste twee typen initiatieven sluiten aan op de determinanten 'sociale context' en 'motieven'. Met het derde type initiatief hopen organisaties aan te sluiten bij de levenswijze van ouderen. Naar geen van de initiatieven is een effectiviteitsstudie uitgevoerd; het bereik van deze initiatieven varieert voor zover bekend, van één tot meerdere gemeenten.
Er zijn ook allerlei initiatieven die de sociale samenhang in een wijk vergroten. Sociale samenhang is een doel op zichzelf, maar bevordert mogelijk ook vrijwilligerswerk en informele zorg.

Arbeidsparticipatie
Er zijn veel initiatieven door het Nederlandse bedrijfsleven om duurzame inzetbaarheid te verhogen. Deze initiatieven of maatregelen grijpen veelal in op de eerdergenoemde determinanten (zoals werkbelasting, sociale steun, autonomie, motivatie en flexibele werktijden) en zijn gericht op het bevorderen van gezondheid, arbeidsomstandigheden, arbeidsvoorwaarden en scholing. Er zijn veel positieve ervaringen met deze interventies. De wetenschappelijke literatuur geeft echter weinig bewijs voor effecten op de arbeidsparticipatie. De interventies die op effectiviteit onderzocht zijn richten zich vooral op het verhogen van de fysieke en mentale belastbaarheid en/of het verminderen van de belasting. Er werd echter geen toename in vitaliteit, productiviteit of werkvermogen gevonden. Wel is er een afname in vroegpensioen: minder mensen zijn met vroegpensioen gegaan na het ontvangen van de betreffende maatregel.

De overheid wil dat de arbeidsparticipatie van ouderen toeneemt, tegelijkertijd neemt ook het belang van informele zorg en vrijwilligerswerk toe. In deze paragraaf kijken we naar de mogelijkheden om participatie van ouderen in vrijwilligerswerk en informele zorg (*paragraaf* 4.5.1) en arbeid (*paragraaf* 4.5.2) te bevorderen. Maatregelen en interventies om maatschappelijke participatie bij ouderen te bevorderen, grijpen aan op de determinanten zoals beschreven in de vorige paragraaf.

4.5.1 Maatregelen om vrijwilligerswerk en informele zorg te bevorderen

Drie op de tien oudere mantelzorgers geeft aan tijd (over) te hebben voor vrijwilligerswerk en één op de tien geeft aan ook daadwerkelijk graag een taak te willen krijgen als vrijwilliger. Dit blijkt uit een onderzoek onder Schiedamse senioren (Alblas & Penninx, 2007). Van de inactieve ouderen geeft één op de drie aan tijd te hebben voor nieuwe activiteiten zoals maatschappelijke participatie. Er bestaan twee soorten inactieve ouderen: degenen die wel actief zouden willen worden, maar beperkingen hebben of een drempel over moeten. En degenen die niet actief wíllen worden, ook al zouden zij dat heel goed kunnen (Alblas & Penninx, 2007). Er lijkt dus wel ruimte te zijn om maatschappelijke participatie door ouderen te bevorderen.

Deze paragraaf beschrijft de bestaande maatregelen om informele zorg (mantelzorg) en vrijwilligerswerk door ouderen te bevorderen. We beschrijven eerst bestaande wetgeving ter bevordering en ondersteuning van vrijwilligerswerk en mantelzorg. Daarna geven we een overzicht van lokale en regionale initiatieven om het doen van vrijwilligerswerk te stimuleren.

Wetgeving, regelgeving en beleid

Wet maatschappelijke ondersteuning ondersteunt mantelzorgers

Onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) (zie *hoofdstuk 1* Inleiding) vallen activiteiten die zorgen dat mensen kunnen (blijven) meedoen in de samenleving, door bijvoorbeeld vrijwilligerswerk en mantelzorg (Rijksoverheid, 2013c). De Wmo biedt ondersteuning aan mantelzorgers en vrijwilligers die zich inzetten voor familie, vrienden of mensen in de buurt, met bijvoorbeeld materiële hulp, een financiële tegemoetkoming of respijtzorg (de mantelzorgtaken worden dan incidenteel of structureel overgenomen door beroepskrachten of vrijwilligers om zo de mantelzorger tijdelijk te ontlasten). Gemeenten hebben de verantwoordelijkheid om de inzet in mantelzorg op lokaal niveau te bevorderen en te ondersteunen.

Een essentiële gedachte achter de Wmo is dat mensen gezamenlijk gestalte geven aan de samenleving. Wezenlijk hierbij is de inzet van mensen voor elkaar. Niet alleen betaald, maar ook via bijvoorbeeld mantelzorg en vrijwilligerswerk. De Wmo voegt hieraan toe dat de zorg vrijwillig wordt verleend, al kunnen de omstandigheden zodanig zijn dat de mate van vrijwilligheid beperkt is. De doelstelling van de Wmo is 'meedoen' in de brede zin van het woord (Hanning et al., 2011).

Uit de evaluatie van de Wmo 2007-2009 blijkt dat de meeste gemeenten de wet uitvoeren zoals de wetgever haar heeft bedoeld en met de instrumenten die de wet verschaft (de Klerk et al., 2010). Gemeenten doen echter nog weinig voor mensen met een beperking die moeilijk sociaal contact leggen, ook benutten ze nog te weinig de kansen die aandacht voor de mantelzorgers van aanvragers van ondersteuning biedt. De draagkracht van de mantelzorger bepaalt immers voor een belangrijk deel in hoeverre iemand die afhankelijk is van hulp naar ondersteuning vanuit de Wmo vraagt. Daarnaast worden volgens de evaluatie de belangen van bepaalde doelgroepen, zoals mensen met een chronisch psychische aandoening, niet altijd behartigd. Juist voor deze groepen is dit van belang. Alleen lukt het hen vaak niet om de juiste ondersteuning te verwerven, omdat dit vaardigheden vraagt waarover ze niet altijd beschikken.

Kortdurend en langdurend zorgverlof voor werkende mantelzorgers

Een groot deel van de werkende ouderen verleent ook informele zorg (zie *paragraaf 4.1*). Om deze reden is de Wet arbeid en zorg (WAZ) ook voor ouderen van toepassing. In deze wet uit 2001 staat dat werknemers *kortdurend zorgverlof* kunnen opnemen. Deze regeling maakt het mogelijk voor werknemers om enkele dagen, met een maximum van twee weken, noodzakelijke mantelzorg te verlenen aan (pleeg) kinderen, partner of ouders. De werkgever betaalt minstens 70% van het loon door (Rijksoverheid, 2013d). Vervolgens is in 2005 het onderdeel *langdurend zorgverlof* eraan toegevoegd, zodat werknemers maximaal zes weken per jaar de mogelijkheid hebben om noodzakelijke mantelzorg te verlenen. De werkgever is niet verplicht om de uren van het langdurend zorgverlof door te betalen, maar de werknemer bouwt in dat geval vakantiedagen op (Rijksoverheid, 2013e).

Hervorming van langdurige zorg vergt grote inzet van mantelzorgers en vrijwilligers
Het kabinet is voornemens de langdurige zorg te hervormen (VWS, 2013b). Kernpunten bij de hervorming zijn dat degenen die een beroep willen doen op ondersteuning of zorg worden aangesproken op wat zij samen met hun sociale omgeving kunnen doen. Mensen moeten dus eerst op zoek gaan naar oplossingen in hun sociale omgeving. Dit vergt een (nog) grotere inzet van vrijwilligers en mantelzorgers uit de sociale omgeving. Pas als daar geen oplossingen kunnen worden gevonden en het eigen geld niet toereikend is, kan aanspraak worden gemaakt op overheidsgeld. In de visie van het kabinet hebben gemeenten een belangrijke rol in het ondersteunen van vrijwilligers en mantelzorgers en het voorkomen van overbelasting (VWS, 2013d).

Lokale en regionale initiatieven

Geen speciale wettelijke regelingen ter ondersteuning van vrijwilligerswerk
Er zijn geen speciale wettelijke regelingen ter ondersteuning van vrijwilligerswerk. Wel zijn er veel lokale en regionale initiatieven gericht op het stimuleren van vrijwilligerswerk. Deze zijn onder te verdelen naar aangrijpingspunt (zie *Tabel 4.13*):
1. gevraagd worden;
2. aanspreken van onderliggende motieven en talenten;
3. aanpassen van voorzieningen en flexibiliteit organisaties.

De clustering van de aangrijpingspunten is enigszins arbitrair waardoor sommige initiatieven op meerdere punten aangrijpen. We hebben ervoor gekozen om de initiatieven naar primair aangrijpingspunt in te delen. Voor elk cluster van initiatieven lichten we één initiatief nader toe (zie *Tekstblok 4.2*) waarvan de methode overdraagbaar is (dat wil zeggen dat er een duidelijke methodebeschrijving aanwezig is). De keuze om de overdraagbaarheid zwaarder mee te laten tellen dan bijvoorbeeld de effectiviteit is gebaseerd op het feit dat van veel initiatieven de effectiviteit onbekend is.

Maatregelen grijpen grotendeels aan op de determinanten
De lokale en regionale initiatieven grijpen grotendeels aan op de eerdergenoemde clusters van determinanten (*paragraaf 4.4.1*). Zo sluit de groep initiatieven voor 'gevraagd worden' aan op het cluster determinanten behorende tot de 'sociale context' en de initiatieven onder 'aanspreken van onderliggende motieven en talenten' aan op de determinant 'motieven'. De derde groep initiatieven onder het kopje 'aanpassen van voorzieningen en flexibiliteit organisaties' is niet direct onder een cluster van determinanten te scharen. Door zich flexibel op te stellen naar de potentiële vrijwilliger hopen organisaties aan te sluiten bij de levenswijze van ouderen met hun verplichtingen (zoals het oppassen op kleinkinderen, het doen van huishouden). Inzet in vrijwilligerswerk lijkt in toenemende mate concurrentie te krijgen van langer werken, oppassen op kleinkinderen, informele zorg, mediagebruik, sociaal verkeer en hobby's (Penninx et al., 2008b). De aanwezigheid van veel andere verplichtingen zou belemmerend werken op het doen van vrijwilligerswerk en informele zorg. Ander onderzoek suggereert echter dat het hebben van veel andere verplichtingen die beslag leggen op de beschikbare tijd, bijvoorbeeld veel vrijetijdsactiviteiten, de kans op het doen van vrijwilligerswerk niet verminderen (Wiggers, 2003). Ook het aantal uur dat men vrijwilligerswerk doet, hing in dat onderzoek niet samen met de omvang van de vrijetijdsactiviteiten (Wiggers, 2003).

Tabel 4.13: Lokale en regionale initiatieven ter bevordering van vrijwilligerswerk en mantelzorgverlening door ouderen.

Gevraagd worden	Aanspreken van onderliggende motieven en talenten	Aanpassen organisaties
Welzijn en ouderen (Gemeente Den Haag, 2012)	Ongekend Talent (van de Maat & van der Zwet, 2009)	Vliegwielmethode (van de Maat & van der Zwet, 2009)
Senioren voor... uw gemeente (van de Maat, 2010)	Een Nieuwe Levensfase (van de Maat & van der Zwet, 2009)	Verzilver je club! (van de Maat & van der Zwet, 2009)
Samen Westermeer (van der Heide & Sluys, 2011)	LACE-project (van de Maat & van der Zwet, 2009)	Het Eemlands Model (van de Maat & van der Zwet, 2009)
Bijspringer-methode (van der Meij, 2010)	Nestor project (van de Maat & van der Zwet, 2009)	Zilveren Kracht (Penninx, 2008a)
Vitale ouderen: Ambassadeurs (van de Maat & van der Zwet, 2009)	Uw talent gaat niet met pensioen (Giezen-Biegstraaten et al., 2010)	
	Wie had dat gedacht? (Giezen-Biegstraaten et al., 2010)	
	Jij ook actief? (Giezen-Biegstraaten et al., 2010)	

Initiatieven gericht op 'gevraagd worden'
Een aantal lokale en regionale initiatieven speelt in op het mechanisme dat een sociaal netwerk de kans vergroot dat ouderen gevraagd worden voor vrijwilligerswerk of informele zorg en daarmee ook de kans vergroot dat ze maatschappelijk actief zijn (zie *Tabel 4.13*). Zij werven ouderen om zich in te zetten voor de maatschappij. Dit werven gaat zowel passief als actief. Een voorbeeld van het passief werven is het initiatief 'Welzijn en Ouderen' dat het brede aanbod aan vrijwilligerswerk toegankelijker maakt voor ouderen via diverse informatiekanalen, zoals website, radio, lokale media, speciale ouderenpagina in lokale kranten. De overige initiatieven in de tabel zijn voorbeelden van actieve werving. Hierbij worden de ouderen ofwel benaderd via brieven ('Samen Westermeer' en 'Senioren voor... uw gemeente') ofwel via mond-tot-mondreclame door enthousiaste ouderen in hun omgeving ('Bijspringer-methode' en 'Vitale ouderen: Ambassadeurs').

Initiatieven gericht op aanspreken van onderliggende motieven en talenten
Vrijwilligerswerk bij ouderen kan ook bevorderd worden door in te spelen op de motieven die ouderen hebben. Het initiatief 'Een nieuwe levensfase' maakt ouderen bewust van het persoonlijke en maatschappelijke belang van vrijwilligerswerk. De overige zes initiatieven ('Ongekend talent', het 'LACE-project', het 'Nestor-project', 'Uw talent gaat niet met pensioen', 'Wie had dat gedacht?' en 'Jij ook actief?') spelen meer in op de wensen, mogelijkheden en kwaliteiten van de ouderen, om hen zo te motiveren vrijwilligerswerk te gaan doen.

Aanpassen van voorzieningen en flexibiliteit organisaties
Om ervoor te zorgen dat ouderen de mogelijkheid hebben om zich aan te sluiten bij een vrijwilligersvereniging moeten organisaties en bijbehorende werkzaamheden ook geschikt zijn voor ouderen. Verschillende initiatieven spelen hierop in. Het initiatief 'Verzilver je club!' speelt vooral in op de flexibiliteit van sportclubs. Dit houdt in dat vrijwilligerstaken op maat aangeboden worden door

Tekstblok 4.2: Voorbeelden van lokale en regionale initiatieven ter bevordering van vrijwilligerswerk en informele zorgverlening door ouderen.

Gevraagd worden: Senioren voor… uw gemeente
Doel van dit initiatief is de vraag van vrijwilligersorganisaties en het aanbod van senioren te koppelen en op deze manier het doen van vrijwilligerswerk bij senioren te bevorderen. De gemeente nodigt alle inwoners van 63 uit voor een bijeenkomst op het gemeentehuis. Hier presenteren organisaties die vrijwilligers zoeken zich en kunnen potentiële vrijwilligers zich oriënteren op de verschillende mogelijkheden van vrijwilligerswerk. Het perspectief van de uitgenodigde senioren (hun levensfase, behoeften en wensen) staat daarbij centraal. De bijeenkomst start met een aantal korte inleidingen, waarna de deelnemers in aparte werkgroepen kennis kunnen maken met verschillende organisaties die vrijwilligers zoeken. In de 'wandelgangen' tijdens de wisselingen is een kleinschalige informatiemarkt, waar de organisaties die zich presenteren in de werkgroepen zich kunnen profileren met behulp van foldermateriaal. Voor dit initiatief is een methodebeschrijving beschikbaar. Voor de uitvoering van deze methode zijn minimaal twee partners nodig die bereid zijn om met elkaar samen te werken: de gemeente en een lokale welzijnsinstelling. Als in de betreffende gemeente een vrijwilligerscentrale bestaat, wordt deze in principe ook bij de organisatie betrokken. Dit initiatief is ontwikkeld door Bureau Senia. Er is geen effectiviteitsstudie uitgevoerd. Uit de ervaringen van senioren blijkt dat ze door de bijeenkomst een beter zicht hebben gekregen op de mogelijkheden van vrijwillige inzet in hun gemeente.
Letterlijk overgenomen uit: *Methodebeschrijving Senioren voor uw gemeente* (van de Maat, 2010)

Aanspreken van onderliggende motieven en talenten: Ongekend Talent
Doel van Ongekend Talent is de eigen mogelijkheden en competenties van senioren met diverse culturele achtergronden in kaart brengen en hen stimuleren deze in te zetten door vrijwilligerswerk te verlenen. De aanpak van Pluspunt Rotterdam bestaat uit een training van de trainers (senioren) die de cursus Ongekend Talent aan andere senioren geven. De cursus bestaat uit vijf bijeenkomsten waarin de eigen mogelijkheden, kwaliteiten en wensen van senioren in kaart worden gebracht. Ook wordt een eigen persoonlijk actieplan opgesteld met realiseerbare doelen. Op de laatste bijeenkomst worden maatjesgroepen gevormd die elkaar blijven stimuleren om de gestelde doelen tot uitvoering te brengen. Ook wordt een bijeenkomst georganiseerd voor lokale organisaties die met vrijwilligers willen werken. Deze bijeenkomst is bedoeld om in kaart te brengen naar welke ongekende talenten de organisaties precies op zoek zijn. Voor dit initiatief is een methodebeschrijving beschikbaar. Er is geen effectiviteitsstudie uitgevoerd.
Letterlijk overgenomen uit: *Het stimuleren van maatschappelijke inzet door vitale ouderen* (van de Maat & van der Zwet, 2009)

Aanpassen van voorzieningen en flexibiliteit organisaties: Het Eemlands Model
Doel van dit initiatief is het bieden van inspiratie en een handleiding voor organisaties en gemeenten die het doen van vrijwilligerswerk van vitale ouderen aan kwetsbare ouderen willen bevorderen. Inspelend op het idee dat het stimuleren van de maatschappelijke inzet van ouderen een oplossing kan zijn voor de verwachte toenemende vraag van ouderen naar hulp en ondersteuning heeft in 2006 Stichting Ravelijn het pilotproject Wel-doen opgezet in het Gewest Eemland (de streek in het

noordoosten van de Nederlandse provincie Utrecht). Hierbij werden de 5 B's aangehouden: Binnenhalen, Begeleiden, Belonen, Behouden en Beëindigen. De belangrijkste lessen en ervaring van de pilots zijn verwerkt in een handleiding met praktijkvoorbeelden, uitleg over de werkwijze en praktische tips. De uitgave over het Eemlands model is bedoeld als handreiking voor lokale welzijnsorganisaties, ouderenorganisaties, vrijwilligerscentrales en gemeenten. Er is geen effectiviteitsstudie uitgevoerd.
Letterlijk overgenomen uit: *Het stimuleren van maatschappelijke inzet door vitale ouderen* (van de Maat & van der Zwet, 2009).

bijvoorbeeld rekening te houden met de tijdsbesteding van ouderen. Hoewel het initiatief als hoofddoel heeft om ouderen meer te laten sporten, is het bevorderen van vrijwilligerswerk bij deze doelgroep een belangrijk nevendoel. Twee andere initiatieven 'Eemlands model' en 'Zilveren kracht' bieden organisaties informatie, advies en begeleiding om ouderen te motiveren om vrijwilligerswerk te doen. Het initiatief 'Vliegwielmethode' ten slotte biedt ouderenorganisaties handvatten om meer jonge ouderen vrijwilligerswerk te laten doen.

Bereik van de initiatieven vaak onbekend
Het exacte aantal ouderen dat bereikt wordt met de verschillende initiatieven is niet bekend. Wel weten we van enkele initiatieven in welke wijken of gemeenten deze zijn toegepast. Zo worden sommige initiatieven zoals 'Samen Westermeer' en 'Vitale ouderen' slechts in één gemeente toegepast. Andere initiatieven zoals 'Senioren voor... uw gemeente' en 'Verzilver je club!' worden in meerdere gemeenten toegepast en hebben daarmee een groter bereik. Voor deze initiatieven zijn ook handleidingen beschikbaar waardoor de initiatieven overdraagbaar zijn en op grote schaal kunnen worden toegepast.

Initiatieven vooral gericht op gezonde ouderen in Nederland
De genoemde initiatieven om de maatschappelijke participatie van ouderen te bevorderen zijn vooral gericht op gezonde ouderen. Dit komt ook doordat we niet specifiek op initiatieven voor ouderen met gezondheidsproblemen hebben gezocht. Verder geldt dit overzicht alleen voor de Nederlandse situatie. Voor initiatieven uit de Europese Unie om de maatschappelijke participatie van ouderen en ouderen met chronische ziekten te bevorderen, verwijzen we naar (Ehlers et al., 2011; Savelkoul & Verweij, 2012). Savelkoul & Verweij beschrijven interventies die zich richten op de mogelijkheid om te kunnen participeren in sociale rollen, zoals zelfmanagementinterventies die aangrijpen op de gevolgen van een ziekte.

Sociale participatie is van belang, óók voor vrijwilligerswerk en het zorgen voor elkaar
Het overzicht in *Tabel 4.13* heeft alleen betrekking op vrijwilligerswerk. Participatie wordt ook op andere terreinen bevorderd. Zo zijn er initiatieven met als doel de eenzaamheid te bestrijden of de sociale participatie te bevorderen. Sterk in opkomst zijn in dit kader de wijkgerichte aanpak (Machielse & Hortulanus, 2011) en de zogenoemde burgerinitiatieven zoals zorgcoöperaties en stadsdorpen (Penninx & Witter, 2013). Deze initiatieven zijn er mede op gericht de sociale samenhang in de wijk te vergroten. Dit is niet alleen van belang als doel op zichzelf, maar meer betrokkenheid binnen een wijk kan ook een voedingsbodem zijn voor meer vrijwilligerswerk en meer zorgen voor elkaar. Als buurtbewoners elkaar goed kennen, is de drempel om iets voor elkaar te doen ook lager. Initiatieven die hierbij passen zijn

bijvoorbeeld de leefbaarheidsbudgetten van de gemeenten. Maar ook het beleid op het gebied van ruimtelijke ordening past hieronder (Linders, 2010).

Initiatieven allemaal gericht op vrijwilligerswerk en niet op informele zorg
De gevonden initiatieven hebben allemaal betrekking op vrijwilligerswerk. In de literatuur zijn weinig initiatieven te vinden gericht op het stimuleren van informele zorg door ouderen, ook niet voor andere leeftijdscategorieën. De oorzaak hiervan is waarschijnlijk dat de belangrijkste determinant voor informele zorg de aanwezigheid van een hulpbehoevende in het netwerk is (Sadiraj et al., 2009). Informele zorg wordt vervolgens gegeven, meestal zonder tussenkomst van organisaties (Struijs, 2006). De rol van organisaties en overheid is daardoor, anders dan bij vrijwilligerswerk, veel meer faciliterend van aard. Wel zijn er initiatieven die inspelen op het behoud van mantelzorgers, de zogenaamde mantelzorgondersteuning. Deze zijn vaak niet specifiek gericht op ouderen, maar op alle leeftijdsgroepen. Enkele voorbeelden zijn te vinden op www.expertisecentrummantelzorg.nl. Ten slotte zijn er initiatieven die vraag en aanbod van mantelzorg bij elkaar brengen, zoals www.wehelpen.nl en www.zorgvoorelkaar.com.

4.5.2 Maatregelen om arbeidsparticipatie van oudere werknemers te bevorderen

In deze paragraaf beschrijven we beleid en interventies ter bevordering van de duurzame inzetbaarheid van oudere werknemers. Daarbij gaan we eerst in op de wet- en regelgeving om duurzame inzetbaarheid te bevorderen, gevolgd door een aantal voorbeelden uit de Nederlandse praktijk. Deze paragraaf wordt afgesloten met inzicht in de effectiviteit van interventies ter bevordering van arbeidsparticipatie onder oudere werknemers.

Inzicht in de stand van zaken in Nederland op het gebied van duurzame inzetbaarheid van oudere werknemers is gebaseerd op rapporten van overheidsinstanties en onderzoeksinstituten (‘grijze’ literatuur) en informatie op een aantal relevante websites, zoals de website van het ministerie van SZW. Voor inzicht in de effectiviteit van interventies is de wetenschappelijke (inter)nationale literatuur gebruikt van onderzoeken met een controlegroep die al dan niet willekeurig gekozen is (een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT) of een gecontroleerd onderzoek (CT)). De RCT is de gouden standaard voor uitspraken over de effectiviteit van maatregelen. Dit onderwerp leent zich echter niet goed voor een onderzoek met een gecontroleerde opzet. Verder gaat het in deze paragraaf over arbeidsparticipatie en vervroegde pensionering. Maatregelen met effecten op intermediaire maten zijn dus buiten beschouwing gelaten.

Wet- en regelgeving

VUT en prepensioen fiscaal minder aantrekkelijk geworden
De stijging van de gemiddelde pensioenleeftijd sinds 2007 (zie *paragraaf 4.1*) kan worden verklaard door de invoering van versoberde wetgeving in 2006 met als doel werknemers te stimuleren langer door te werken. Tot 2006 was het fiscaal aantrekkelijk om ruim vóór de AOW-leeftijd te stoppen met werken via de prepensioen- en VUT-regelingen. Sinds 1 januari 2006 zijn deze regelingen fiscaal minder aantrekkelijk geworden, omdat de overheid wil dat mensen langer doorwerken. De verandering uit zich in het feit dat de werknemerspremies voor de VUT niet meer aftrekbaar zijn van de belasting. Behalve voor mensen die

op 1 januari 2005 al 55 jaar of ouder waren. Ook moet er sinds 2006 belasting betaald worden over de werkgeversbijdrage. Om de arbeidsparticipatie van ouderen verder te bevorderen, gaat de AOW-leeftijd vanaf 2013 stapsgewijs omhoog. Het kabinet-Rutte-Asscher wil de AOW-leeftijd na 2015 sneller verhogen naar 66 jaar in 2018 en 67 jaar in 2021.

Maatregelen om instroom ouderen in uitkering te beperken of uitstroom te bevorderen
De laatste jaren zijn er diverse maatregelen ingevoerd om de arbeidsparticipatie van oudere werklozen en arbeidsgehandicapten te bevorderen. Het gaat zowel om maatregelen gericht op het voorkomen van instroom in een uitkering, zoals het aanscherpen van de toetredingscriteria voor een uitkering, als op het bevorderen van uitstroom uit een uitkering. Zo is de duur van zowel de WW-uitkering als het loongerelateerde deel van de WGA-uitkering teruggebracht tot maximaal 38 maanden. Deze duurverkorting heeft vooral gevolgen voor ouderen, omdat jongeren toch al niet in aanmerking kwamen voor een lange loongerelateerde uitkering. In 2004 is ook de sollicitatieplicht voor mensen met een WW-uitkering van 57,5 jaar en ouder weer ingevoerd.

Arbeidsdeelname van ouderen wordt onder andere bevorderd door dagloongaranties, die de financiële nadelen van demotie of werkhervatting tegen een lager loon beperken. WIA- en WAO-gerechtigden vanaf 45 jaar die gaan werken voor een lager loon dan voorheen en hun uitkering verliezen, behouden het recht op een uitkering op basis van hun oudere (hogere) dagloon als zij binnen vijf jaar weer opnieuw recht krijgen op een WAO- of WIA-uitkering. Ook de WW kent een dagloongarantie bij acceptatie van lager betaald werk binnen twee jaar na aanvang van de werkloosheid. Bij demotie van 55-jarige werknemers behouden de werknemers recht op een eventuele WW- of arbeidsongeschiktheidsuitkering op basis van hun eerdere (hogere) salaris. Daar zit wel een maximum aan (Hop, 2013).

Premiekortingen voor werkgevers
Ook zijn er maatregelen gericht op de werkgever. Werkgevers die een oudere uitkeringsgerechtigde of arbeidsgehandicapte werknemer in dienst nemen of houden, krijgen korting op de WW- en WIA-premie. Vanaf 2013 zijn de bedragen voor de premiekorting, ook wel mobiliteitsbonus genoemd, iets verhoogd. Een werkgever die een uitkeringsgerechtigde van 50 jaar of ouder in dienst neemt, krijgt maximaal drie jaar lang korting op de WW- en WIA-premies die hij moet afdragen. De korting bedraagt sinds 2013 7.000 euro per jaar bij een dienstverband van 36 uur (Hop, 2013). Uit een onderzoek onder circa 1.000 werkgevers komt naar voren dat de mobiliteitsbonus een positief effect heeft op de aannamekans van oudere sollicitanten (van der Werff et al., 2012). Resultaten uit dit onderzoek suggereren ook dat verlenging van de proeftijd voor ouderen en een proefplaatsingsregeling voor oudere uitkeringsgerechtigden positieve effecten hebben op de kansen van oudere sollicitanten.

Maatregelen in Nederlandse bedrijven

59% van de werkgevers heeft nog geen maatregelen getroffen
Ongeveer een kwart van de werkgevers (23%) vindt het belangrijk dat werknemers tot het 65e jaar doorwerken (Hooftman et al., 2012). Desondanks geven zij daar in de praktijk nog niet altijd vorm aan. Zo blijkt uit een enquête van de Algemene Werkgeversvereniging Nederland (AWVN) in 2010 dat 59% van de werkgevers nog geen maatregelen had getroffen om oudere werknemers langer aan het werk te houden.

Demoveren en scholing om kloof tussen arbeidskosten en arbeidsproductiviteit bij stijgende pensioenleeftijd te verkleinen
Werkgevers verwachten dat de stijgende leeftijd van de werknemers zal leiden tot meer arbeidskosten en minder arbeidsproductiviteit (van Nimwegen & van Praag, 2012). Om dit te voorkomen hanteren Nederlandse werkgevers en de overheid een zogenaamd ontziebeleid: oudere werknemers kunnen extra verlof krijgen of taakverlichting en vervroegd of parttime met pensioen gaan. Twee andere maatregelen om de kloof tussen de arbeidskosten en arbeidsproductiviteit te verkleinen en de werknemers toch langer te laten doorwerken, zijn het demoveren van werknemers en het geven van scholing. Deze maatregelen worden momenteel nog weinig toegepast in Nederland (respectievelijk 2% en 6% van de werkgevers), zeker in tegenstelling tot andere Europese landen (respectievelijk 7% en 20% van de werkgevers) (van Dalen et al., 2012).

Stimuleringsmaatregelen worden minder toegepast dan ontziemaatregelen
Werkgevers passen ontziemaatregelen vaker toe dan stimuleringsmaatregelen om langer doorwerken van ouderen te stimuleren (zie *Tabel 4.14*) (Hooftman et al., 2012). Ontziemaatregelen hebben betrekking op het verlichten van de werkbelasting op verschillende vlakken, zoals minder uren/dagen werken en een verlaging van de fysieke werkbelasting. Deze maatregelen anticiperen op de stijging van de hersteltijd naarmate de werknemer ouder wordt. Ze geven de oudere werknemer de mogelijkheid te herstellen van de fysieke en mentale werkeisen (Kotiso & Lokhorst, 2010). Het idee daarachter is dat het arbeidsvermogen daardoor beter op peil blijft en ouderen zo langer kunnen blijven deelnemen aan het arbeidsproces. Stimuleringsmaatregelen hebben betrekking op de ontwikkeling van de werknemer en verbreding van de taken, zodat de werknemer langer gemotiveerd en in staat is door te werken. Ontzie- en stimuleringsmaatregelen grijpen dus aan op de drie belangrijke groepen van determinanten van langer doorwerken: scholing, arbeidsvoorwaarden en arbeidsomstandigheden.

Ontziemaatregelen dragen bij aan negatieve beeldvorming oudere werknemers
De invoering van ontziemaatregelen kan echter ook bijdragen aan een negatieve beeldvorming over oudere werknemers, wat als obstakel beschouwd wordt voor duurzame inzetbaarheid van oudere werknemers (Brouwer et al., 2012). Om die reden zou het lonen om juist interventies in te zetten die gericht zijn op het ombuigen van deze beeldvorming.

Generieke instrumenten en maatregelen ter bevordering van duurzame inzetbaarheid
Er bestaan diverse instrumenten en maatregelen die bedrijven in kunnen zetten om de duurzame inzetbaarheid van hun personeel te optimaliseren. Een aantal van deze instrumenten is verzameld op de website Toolbox Inzetbaarheid (www.toolboxduurzameinzetbaarheid.nl). Deze instrumenten zijn niet specifiek gericht op oudere werknemers, maar beogen wel bij te dragen aan een blijvende inzetbaarheid van jongere en oudere werknemers. Een veelgebruikt instrument is de Workability Index (WAI) (www.blikopwerk.nl en www.workabilityindex.nl). Met deze vragenlijst kan het werkvermogen van de werknemer nu, en in de toekomst geschat worden. De WAI meet op individueel niveau, maar de uitkomsten zijn ook op organisatieniveau te gebruiken. Verder zijn er enkele instrumenten specifiek voor werkgevers die hen helpen bij de keuze voor hun strategie, beleid en activiteiten op het gebied van duurzame inzetbaarheid. Voorbeelden zijn de Toolbox Duurzame Inzetbaarheid voor kleinere bedrijven (www.inzetverzekerdtoolbox.nl/cms) en de Bedrijfsscan als onderdeel van het door het Ministerie van SZW geïnitieerde Nationaal Inzetbaarheidsplan (http://nationaalinzetbaarheidsplan.nl/home).

Tabel 4.14: Percentage werkgevers dat aangeeft maatregelen te treffen ten behoeve van langer doorwerken (Hooftman et al., 2012).

Ontziemaatregelen		Stimuleringsmaatregelen	
Extra vrije dagen	25	Loopbaangesprekken	10
Individuele aanpassing werktijden	16	Aanpassing werkplek	8
Deeltijd vervroegde uittreding	11	Stimulering scholing/cursusdeelname	6
Taakverlichting	11	Taakverbreding, taakroulatie	4
Geen onregelmatige of ploegendiensten	7	Invoering gezondheidsbeleid, stimulering gezondheid	4
Teruggang in functie/salaris	2	Omscholing naar andere functie/baan	2

Interventies specifiek voor oudere werknemers

Maatregelen voor oudere werknemers: loopbaanbeleid, arbeidsomstandigheden, arbeidsvoorwaarden

De instrumenten en interventies in de vorige alinea richten zich op duurzame inzetbaarheid van alle leeftijdsgroepen, en dus niet specifiek op de inzetbaarheid van oudere werknemers. In deze paragraaf richten we ons specifiek op de oudere werknemer, en daarmee op maatregelen die aan oudere werknemers worden aangeboden en zijn geëvalueerd. Brouwer en collega's (2012) vonden negen rapporten over ervaringen en effecten van maatregelen ter bevordering van duurzame inzetbaarheid van oudere werknemers (Brouwer et al., 2012). We beschrijven nu deze maatregelen gerangschikt volgens de volgende belangrijke determinanten (zie *paragraaf* 4.4.2):

- loopbaanbeleid/scholing;
- arbeidsomstandigheden (inclusief gezondheidsbeleid);
- arbeidsvoorwaarden.

Het betreft hier zowel ontzie- als stimuleringsmaatregelen. De meeste interventies richten zich op één van de drie determinanten. Twee rapporten beschrijven interventies op een combinatie van loopbaanbeleid, arbeidsomstandighedenbeleid en arbeidsvoorwaarden (Cuelenaere et al., 2009; SZW, 2009).

Loopbaanbeleid: investering in scholing en ontwikkeling

Kenmerkend voor loopbaanbeleid voor oudere werknemers is dat het zich richt op het behoud van de flexibiliteit en de inzetbaarheid van oudere werknemers. Het gaat daarbij vaak om het creëren van ontwikkelingsmogelijkheden, kansen om een opleiding te volgen en nieuwe taken of projecten te starten. Met het geven van verdere opleiding geeft een werkgever erkenning en waardering. Dit werkt positief op de motivatie van de oudere werknemer om langer door te werken (zie ook *paragraaf* 4.4.2). Drie rapporten beschrijven verschillende loopbaanmaatregelen, zoals omscholing voor het aanleren van nieuwe vaardigheden, investeren in opleiding om de kennisinstroom in de organisatie te waarborgen en te voorkomen dat oudere werknemers vastroesten in hun functie en het invoeren van mentorfuncties om kennis over te dragen binnen de organisatie (SZW, 2009; Meijer & Mevissen, 2005; Michel, 2010). Deze maatregelen moeten ervoor zorgen dat de competenties binnen de organisatie op peil blijven en voorkomen dat kennis uitstroomt. Vanwege de onderzoeksopzet kunnen uitspraken over effectiviteit

niet gedaan worden, maar op basis van gesprekken en ervaringen van goede praktijkvoorbeelden zijn grosso modo positieve resultaten te melden op de inzetbaarheid.

Arbeidsomstandighedenbeleid: verminderen werkbelasting en verbeteren vitaliteit
Bij maatregelen gericht op het arbeidsomstandighedenbeleid ligt de nadruk op aanpassingen in de belasting van het werken (bijvoorbeeld werkaanpassingen of flexibel roosteren) en het vergroten van de belastbaarheid door het verbeteren van de vitaliteit. Dat laatste kan onder meer bereikt worden met een goed gezondheidsbeleid, zoals het geven van gezondheidsadviezen. Ook bij dit soort maatregelen is er een duidelijke link met eerder beschreven determinanten voor vervroegde pensionering en het kunnen doorwerken tot het 65e jaar zoals belastbaarheid en zware werkbelasting (fysiek zwaar werk, hoog werktempo en hoge taakeisen). Interventies die hierop aangrijpen zijn dan ook mogelijk effectief. Op basis van de gevonden rapporten konden Brouwer en collega's (2012) echter geen harde conclusie trekken over de effectiviteit op de arbeidsparticipatie. Wel blijkt uit interviews en vragenlijstgegevens dat er positieve ervaringen zijn met de verschillende maatregelen in termen van minder verzuim en hogere motivatie om langer door te werken (Brouwer et al., 2012).

Enkele praktijkvoorbeelden
De uitgave 'Wat beweegt bedrijven' van Move Europe beschrijft een aantal voorbeelden van gezond ondernemen (Move Europe, 2009). Een geestelijke gezondheidszorginstelling voerde bijvoorbeeld een vitaliteitsprogramma uit gericht op de fysieke en mentale gezondheid, in de vorm van trainingen, cursussen, fitness en dergelijke. Werknemers gaven zelf aan dat de combinatie van fysieke en mentale activiteiten van belang is voor vitaliteit. Ook het ziekteverzuim nam af van 5,6% in 2005 naar 4,3% in 2008, maar of dit het gevolg van het programma was, valt niet te zeggen.
Ook in een uitgave van het ministerie van SZW zijn twaalf 'inspirerende' praktijkvoorbeelden beschreven (SZW, 2009). Cateraar Albron zet bijvoorbeeld op het gebied van duurzame inzetbaarheid een diversiteit aan projecten in, waaronder de aanwezigheid van een mobiliteitscentrum. Dat centrum zoekt naar alternatieven als een medewerker beperkingen ondervindt bij de uitvoering van zijn werk. Ook zijn er verschillende middelen om bewegen te stimuleren. Of deze projecten ook de winst van het bedrijf hebben vergroot is niet wetenschappelijk bewezen, maar feit is wel dat Albron het hoogste 'gezondheidscijfer' (laagste ziekteverzuim) van de hele branche heeft.

Arbeidsvoorwaardenbeleid: financiële maatregelen en ontziemaatregelen
Een derde groep maatregelen is te plaatsen onder arbeidsvoorwaarden en heeft betrekking op aanpassingen in het arbeidsvoorwaardenbeleid of het type arbeid. Te denken valt aan deeltijdpensioen, overbruggingsbanen of financiële bonussen. Volgens experts dragen de volgende typen maatregelen bij aan het langer inzetbaar houden van oudere werknemers (Brouwer et al., 2012):
- het verduidelijken van de arbeidsvoorwaarden;
- het gemakkelijker aannemen van oudere werknemers.

Deze typen maatregelen interveniëren op de eerder beschreven determinanten, zoals flexibele werktijden, flexibel werken en tevredenheid over arbeidsvoorwaarden, en zijn dus ook potentieel veelbelovend.

Ook ontziemaatregelen richten zich op de arbeidsvoorwaarden. Ontziemaatregelen die het de oudere werknemer mogelijk maken te herstellen van de fysieke en mentale werkeisen (bijvoorbeeld door extra

vrije dagen) kunnen ten goede komen aan de gezondheid van de oudere werknemer en zo duurzame inzetbaarheid bevorderen (Michel, 2010).

Een ander voorbeeld van maatregelen gericht op de arbeidsvoorwaarden is de Tijdelijke subsidieregeling stimuleren leeftijdsbewust personeelsbeleid. Het ministerie van SZW had deze regeling tussen 2004 en 2010 ingesteld om de arbeidsparticipatie van oudere werknemers te verhogen. In opdracht van het ministerie van SZW heeft Bureau Bartels deze regeling geëvalueerd (Bureau Bartels, 2010). Uit de evaluatie van ondersteunende projecten van individuele arbeidsorganisaties blijkt dat 51 van de 131 organisaties meer oudere werknemers in dienst hadden en dat nog eens 29 organisaties een toename van het aantal oudere werknemers verwachtten. Daarnaast was er een evaluatie op collectief niveau die betrekking had op ondersteunende projecten van brancheorganisaties, waarvoor 75 brancheorganisaties en 200 leden uit hun achterban zijn geraadpleegd. Daaruit bleek dat er bij één op de tien leden een positief effect was op de arbeidsdeelname van oudere werknemers, waarbij nog eens één op de vijf dit effect verwacht in de toekomst.

Weinig bekend over effectiviteit van interventies voor oudere werknemers
De genoemde voorbeelden van maatregelen geven vooral inzicht in het type maatregelen dat genomen kan worden ter stimulering van (blijvende) arbeidsparticipatie van oudere werknemers. Ondanks dat deze maatregelen ingrijpen op gevonden determinanten voor het willen of kunnen doorwerken, en daarmee potentieel bij kunnen dragen aan de arbeidsparticipatie van oudere werknemers, zijn er vanwege de onderzoeksopzet geen harde conclusies te trekken over de effecten.

Uit de wetenschappelijke internationale literatuur kwamen vijf onderzoeken (twee RCT's en drie CT's) naar voren waarin de effectiviteit van een interventie op de arbeidsparticipatie van werknemers was onderzocht (de Boer et al., 2007; de Boer et al., 2004; Goine et al., 2004; Landstad et al., 2001; Strijk et al., 2013). Drie daarvan waren in Nederland uitgevoerd, twee in Zweden. Van deze vijf waren er echter maar twee onderzoeken waarbij de interventie zich specifiek richtte op oudere werknemers (>45 en >50 jaar) (de Boer et al., 2004; Strijk et al., 2013). De overige hadden betrekking op een interventie die aan het hele personeel werd aangeboden, dat wil zeggen van 18 tot 65 jaar, waarbij wel aanvullende analyses waren verricht naar het effect onder de groep oudere werknemers. De onderzochte interventies waren vooral gericht op het verhogen van de fysieke en mentale belastbaarheid en/of het verminderen van de belasting. De interventies leidden tot een afname in verzuim en vroegpensioen. Er konden geen effecten aangetoond worden op vitaliteit en productiviteit of werkvermogen. *Tekstblok 4.3* geeft een korte indruk van de twee Nederlandse interventies die specifiek gericht waren op oudere werknemers.

Tekstblok 4.3: Voorbeelden uit wetenschappelijke literatuur van Nederlandse interventies specifiek gericht op oudere werknemers.

Vital@Work – Vitaliteitsprogamma voor oudere werknemers in de zorg
In Vital@Work is een vitaliteitsprogramma voor oudere werknemers (45 jaar en ouder) door twee Nederlandse academische ziekenhuizen ontwikkeld en aangeboden. Het programma bestond uit een fysieke workout en yogasessies, aangevuld met gratis fruit en drie counselinggesprekken ter verbetering van de leefstijl. Het programma was op maat gemaakt, en deelnemers waren over het algemeen tevreden over het programma. Desondanks had het programma geen effect op vitaliteit, verzuim of productiviteit (Strijk et al., 2013). In de praktijk doen deelnemers vaak beperkt mee met het programma (lage compliance). Om die reden is nog afzonderlijk gekeken naar het effect onder de groep die een hoge compliance had op de fysieke workout en de yoga. Uit die analyses bleek dat een hoge deelnamegraad aan de yoga resulteerde in een verbeterde vitaliteit na een jaar.

Bedrijfsgezondheidsprogramma voor ouderen met verhoogde kans op vroegpensioen
Een Nederlands onderzoek evalueerde een bedrijfsgezondheidsprogramma voor oudere werknemers (>50 jaar) die een verhoogd risico hadden om met vroegpensioen te gaan. Dit programma werd uitgevoerd door de eigen bedrijfsarts en had tot doel om de medewerker te laten blijven werken (de Boer et al., 2004). De interventie duurde zes maanden en bestond uit ten minste drie counselinggesprekken door een bedrijfsarts, inclusief een meting, gevolgd door een actieplan gericht op werkaanpassingen, gesprekken met de leidinggevende en managers, en zo nodig een verwijzing naar de huisarts, medisch specialist of psycholoog. Deze aanpak was effectief en leidde tot minder vroegpensioen: na twee jaar was 11% met vervroegd pensioen gegaan tegenover 28% in de controlegroep. Ook hadden de werknemers die de interventie hadden ontvangen na een half jaar een hoger werkvermogen dan werknemers in de controlegroep. Wel waren deze verschillen na twee jaar verdwenen. Een later onderzoek van De Boer (2007) onder werknemers in de bouw met een verhoogde kans op arbeidsongeschiktheid vond weliswaar een lichte verbetering in werkvermogen in de interventiegroep, maar dit was niet statistisch significant. Ook hier bestond de interventie uit counseling en voorlichting, maar de interventie was specifiek gericht op het verbeteren van het werkvermogen en het voorkomen van arbeidsongeschiktheid (de Boer et al., 2007).

5
Synthese en aanbevelingen

Participatie is betekenisvol voor mensen en voor de maatschappij
Maatschappelijke participatie in de vorm van bijvoorbeeld het volgen van een opleiding, het doen van (vrijwilligers)werk of actief zijn voor een vereniging is van belang voor mensen zelf, omdat het betekenis aan hun leven geeft en bijdraagt aan hun economische zelfstandigheid. Een aantal vormen van participatie is tegelijkertijd van belang voor de maatschappij als geheel. Het gaat dan in het bijzonder om opleiding, betaald werk, vrijwilligerswerk en informele zorg. In dit themarapport ligt de focus op de maatschappelijke baten en daarmee op de relatie tussen gezondheid en deze vormen van maatschappelijke participatie.

Gezondheid is van belang voor participatie
Het belang van gezondheid voor participatie is een belangrijk maatschappelijk thema. Helemaal nu het aantal mensen met een chronische aandoening toeneemt en door de vergrijzing en ontgroening ook de participatie van ouderen steeds belangrijker wordt. Bovendien kan maatschappelijke participatie van invloed zijn op de gezondheid, zowel in positieve als in negatieve zin. Ook daarom is aandacht voor gezondheid en maatschappelijke participatie van belang.

Vijf onderzoeksvragen
In de voorgaande hoofdstukken is de informatie over gezondheid en maatschappelijke participatie bij elkaar gebracht om vijf onderzoeksvragen te beantwoorden:

1. Hoeveel mensen participeren op welk terrein?
2. Wat is de invloed van gezondheid op maatschappelijke participatie?
3. Wat is de invloed van maatschappelijke participatie op gezondheid?
4. Welke factoren zijn van invloed op de maatschappelijke participatie van mensen met gezondheidsproblemen?
5. Welke maatregelen kunnen worden ingezet om de maatschappelijke participatie van mensen met gezondheidsproblemen te bevorderen?

Drie levensfasen
Wij hebben deze vragen beantwoord voor jongeren, volwassen en ouderen, waarbij we binnen de groep ouderen onderscheid maken tussen jongere en oudere ouderen. Voor de eerste en tweede onderzoeksvraag kijken we breed naar diverse vormen van maatschappelijke participatie, te weten school, betaalde arbeid, vrijwilligerswerk, informele zorg (mantelzorg) en lidmaatschap van een (sport) vereniging. Bij de beantwoording van de derde tot en met vijfde onderzoeksvraag zoomen we in op de vormen van participatie die dominant zijn per levensfase.

Verklarende factoren en interventies
Een goede gezondheid is een van de factoren die bijdragen aan maatschappelijke participatie, maar er zijn er veel meer. Voor de beantwoording van de vierde onderzoeksvraag zijn we op zoek gegaan naar andere factoren die verklaren waarom mensen met gezondheidsproblemen al dan niet participeren. Hierbij gaat het dan zowel om het kunnen blijven participeren als om het weer gaan participeren. Vanuit deze aangrijpingspunten hebben we vervolgens gekeken naar mogelijkheden om door middel van interventies en maatregelen participatie te bevorderen en naar de effecten daarvan (de vijfde onderzoeksvraag). Dit hebben we gedaan vanuit de context van wetgeving en beleid.

In deze synthese brengen we de informatie voor de drie verschillende levensfasen samen (*paragraaf* 5.1). Vervolgens geven we op basis daarvan aan welke kennishiaten er zijn (*paragraaf* 5.2) om af te sluiten met aanbevelingen voor beleid (*paragraaf* 5.3).

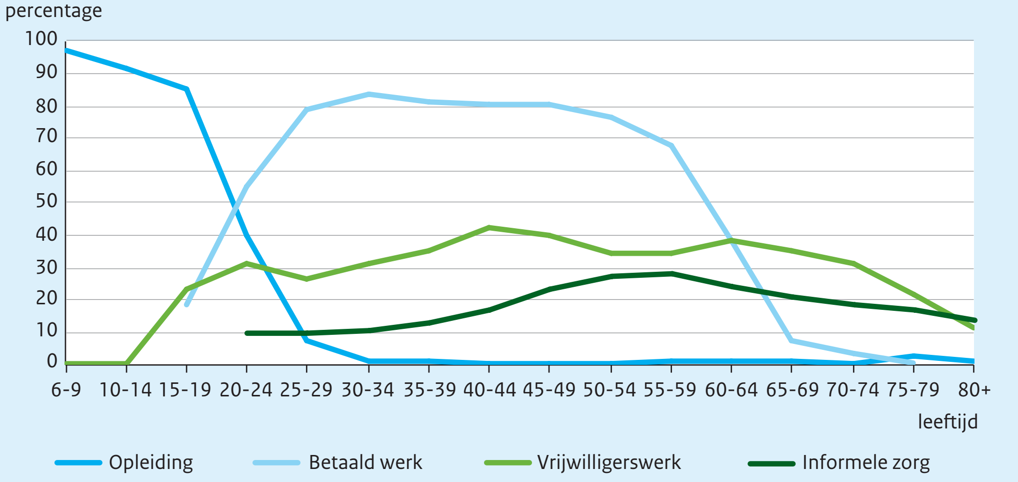
5.1 Synthese

5.1.1 Maatschappelijke participatie

Vrijwel alle kinderen gaan naar school
Vrijwel alle kinderen en jongeren van 4 tot 18 jaar gaan naar school (zie *Figuur* 5.1). De onderwijsdeelname stijgt bovendien. Volgde bijvoorbeeld in 1990 minder dan de helft van de 20-jarigen onderwijs, nu is dat opgelopen tot 69%. Het aantal leerlingen dat zonder startkwalificatie (een diploma op minimaal havo- of mbo-2-niveau) de school verlaat is gedaald van ruim 70.000 in 2003 tot iets minder dan 40.000 in 2011. In totaal zitten 150.000 jongeren (7,5% van alle jongeren van 15 tot 25 jaar) niet meer op school en zijn ook niet in het bezit van een startkwalificatie.

Arbeidsparticipatie onder ouderen stijgt
Twee op de drie jongeren tussen de 15 en 24 jaar heeft een (bij)baan en driekwart van de volwassenen (25-64 jaar) werkt. Ondanks de economische crisis is de arbeidsparticipatie onder oudere werknemers (55-64 jaar) sterk toegenomen. Inmiddels werkt ruim de helft van hen. Wel daalt de arbeidsparticipatie onder werknemers jonger dan 45 jaar licht. Dit is waarschijnlijk te wijten aan de huidige economische crisis, al komt het ook deels doordat jongeren langer onderwijs volgen. Ongeveer 8% van de volwassenen (25-64 jaar) heeft een vorm van een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Zij kunnen door ziekte of beperking minder verdienen dan voorheen. Dit betekent dus niet dat zij niet werken. De helft van de gedeeltelijk arbeidsongeschikten werkt. Wel is dit aandeel dalende; waarschijnlijk is dit eveneens gerelateerd aan de economische crisis.

Figuur 5.1: Participatie op verschillende terreinen, naar leeftijd [1] (Bron: AVO 2007; Gezondheidsmonitor 2012; CBS StatLine 2013).



[1] Voor informele zorg bestaat de leeftijdsgroep 20-24 jaar ook uit 19-jarigen. Voor betaald werk is de leeftijdsgroep ≥75 getoond in plaats van 75-79 jaar.

Maar ook het percentage oudere arbeidsongeschikten neemt toe

Sinds de invoering van de nieuwe Wajong in 2010 is aan de sterke toename van het aantal instromers in de Wajong in de periode daarvoor een einde gekomen. Eind 2012 ontving 5% van de jongeren van 18 tot en met 24 jaar een Wajong-uitkering. De instroom in andere arbeidsongeschiktheidsuitkeringen is na een daling tussen 2002 en 2006 sinds 2007 juist weer iets toegenomen. Opvallend is dat het aandeel ouderen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering stijgt. De afbouw van mogelijkheden om vervroegd uit het arbeidsproces te treden, heeft niet alleen tot een toename van de arbeidsparticipatie geleid, maar mogelijk ook tot meer instroom van ouderen in een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Veel mensen geven informele zorg, ongeacht of zij een baan hebben

Veel mensen geven informele zorg: 10% van de jongeren, 20% van de 25-64 jarigen, en 22% van de ouderen geeft geregeld hulp aan mensen die ziek of gehandicapt zijn. Het aantal mantelzorgers lijkt licht toe te nemen. Dit geldt ook voor de groep 55- tot 65-jarigen, waar ook de arbeidsparticipatie sterk is toegenomen. Toename in arbeidsparticipatie in deze leeftijdsgroep lijkt dus (nog) niet te leiden tot een daling in het aantal mantelzorgers. Veel mensen combineren dan ook verschillende taken. Zo is 30% van de oudere werknemers ook actief in vrijwilligerswerk en verleent 17% van hen ook informele zorg. Overigens geldt dit vooral voor degenen die parttime werken.

Maatschappelijke participatie neemt af na 75e levensjaar
Na het 75e levensjaar neemt de maatschappelijke participatie af (zie *Figuur* 5.1). Van de 75-plussers heeft 1% betaalde arbeid, doet 17% vrijwilligerswerk en verleent 15% informele zorg. Bijna de helft (43%) is nog steeds lid van een vereniging.

Mensen met een lage sociaaleconomische status participeren minder
Mensen met een lage sociaaleconomische status participeren op de meeste terreinen minder dan mensen met een hogere status. Lager opgeleiden hebben bijvoorbeeld een grotere kans om te verzuimen van werk en hervatten het werk minder snel. Ook hebben laagopgeleiden minder vaak een betaalde baan, doen ze minder vrijwilligerswerk en zijn zij minder actief in verenigingen. Alleen voor informele zorg is er geen verschil bij volwassenen.

5.1.2 Maatschappelijke participatie en gezondheid

Mensen participeren op allerlei terreinen, ook als zij niet gezond zijn
De participatiegraad ligt hoog, zowel onder mensen die gezond zijn, als onder mensen die op de een of andere manier minder gezond zijn. Zo doet 31% van de volwassenen met een als minder goed ervaren gezondheid vrijwilligerswerk en heeft 54% een betaalde baan. Van de chronisch zieken doet 37% vrijwilligerswerk en heeft 71% een betaalde baan. Dit betekent dus ook dat de mensen die participeren niet altijd gezond zijn. Van de mensen van 25 tot 65 jaar met een betaalde baan heeft 32% een chronische aandoening, 6% beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten, 18% een minder goede mentale gezondheid en voelt 10% zich niet gezond.

Maar gezonde mensen participeren meer
De participatiegraad van mensen met een chronische ziekte of ander gezondheidsprobleem ligt wel lager dan onder gezonde mensen. Van degene met een goede ervaren gezondheid werkt bijvoorbeeld 83% en van degene zonder chronische ziekte 85%. De samenvattende tabellen hieronder laten de relatie tussen gezondheid en de verschillende vormen van participatie zien. Drie dingen vallen daarbij op. Ten eerste is arbeidsparticipatie meer dan andere vormen van participatie verminderd als er gezondheidsproblemen zijn (daar staan de meeste pijlen). Ten tweede lijkt de aanwezigheid van een chronische ziekte minder van belang voor participatie dan de mate waarin mensen zich gezond voelen. Daarbij gaat het om de algemeen ervaren gezondheid, de mentale gezondheid (gevoelens van kalmte, rust dan wel zich neerslachtig en somber voelen) en beperkingen (moeite met activiteiten van het dagelijks leven, zoals lopen en zichzelf wassen). Ten derde valt op dat er ook een pijl de andere kant op staat. Chronisch zieke volwassenen geven vaker informele zorg dan gezonde volwassenen. Deze drie opvallende bevindingen bespreken we hierna.

Goede gezondheid hangt vooral samen met arbeidsparticipatie
Voor alle leeftijdsgroepen (met uitzondering van de leeftijdsgroep 65-74 jaar) bestaat een relatie tussen alle maten voor gezondheid en arbeidsparticipatie. Al voor jongeren geldt dat degenen die gezond zijn vaker een (bij)baan hebben dan jongeren met gezondheidsproblemen. Ook voor volwassenen en ouderen is deze relatie aanwezig. Voor de andere vormen van participatie is er niet altijd een relatie met de gezondheidstoestand.

Tabel 5.1: Samenhang [1] tussen gezondheid en participatie onder kinderen, jongeren en volwassenen (Bron: Gezondheidsmonitor 2012, AVO 2007).

	6-15 jaar	16-24 jaar				25-64 jaar		
	Onderwijs	Onderwijs	Arbeid	Informele zorg	Vrijwilligerswerk	Arbeid	Informele zorg	Vrijwilligerswerk
Ervaren ongezondheid			↓			↓		↓
Mentale ongezondheid	↓		↓		↓	↓		↓
Beperkingen bij activiteiten	↓		↓			↓		↓
Chronisch ziek			↓			↓	↑	

[1] ↓ Significant lagere participatie voor mensen met gezondheidsproblemen dan voor mensen zonder gezondheidsproblemen.
↑ Significant hogere participatie voor mensen met gezondheidsproblemen dan voor mensen zonder gezondheidsproblemen.
Leeg vak betekent geen significante relatie tussen gezondheid en participatie.

Tabel 5.2: Samenhang [1] tussen gezondheid en participatie onder ouderen, naar leeftijd (Bron: AVO 2007).

	55-64 jaar			65-74 jaar			75+ jaar	
	Arbeid	Informele zorg	Vrijwilligerswerk	Arbeid	Informele zorg	Vrijwilligerswerk	Informele zorg	Vrijwilligerswerk
Ervaren ongezondheid	↓		↓	↓	↓	↓	↓	↓
Mentale ongezondheid	↓		↓	↓		↓		↓
Beperkingen bij activiteiten	↓		↓		↓		↓	↓
Chronisch ziek	↓							↓

[1] ↓ Significant lagere participatie voor mensen met gezondheidsproblemen dan voor mensen zonder gezondheidsproblemen.
Leeg vak betekent geen significante relatie tussen gezondheid en participatie.

Chronische ziekte alleen veel minder sterk gerelateerd aan participatieproblemen

Chronisch zieken participeren minder op de arbeidsmarkt dan niet chronisch zieken. Maar als mensen beperkingen hebben of een verminderde ervaren of mentale gezondheid participeren zij nog minder. Voor de andere vormen van participatie blijkt dat het al dan niet hebben van een chronische ziekte an sich zelfs nauwelijks samenhangt met participatie. Met andere woorden: chronisch zieken participeren vrijwel net zo veel in opleiding, vrijwilligerswerk en informele zorg als niet chronisch zieken. Voor deze terreinen zijn ervaren gezondheid, mentale gezondheid en beperkingen wel van belang voor participatie.

Verlenen van informele zorg is niet gerelateerd aan eigen gezondheid
Volwassenen met een chronische ziekte geven meer informele zorg dan volwassenen zonder chronische ziekte. Dit is de enige relatie waarbij gezondheid samengaat met een lagere participatiegraad. Het geven van informele zorg blijkt niet zozeer samen te hangen met de eigen gezondheid, als wel met de gezondheid van degene die hulp nodig heeft.

Tegenstelde trends?
In het afgelopen decennium zijn twee trends zichtbaar: zowel het aantal chronisch zieken als de participatiegraad neemt toe. Dit lijken tegengestelde trends. De resultaten als hierboven beschreven laten echter zien dat het feit dat het aantal chronisch zieken toeneemt geen effect hoeft te hebben op de (arbeids)participatiegraad. Het grootste deel van de mensen met een chronische ziekte participeert gewoon. Effecten op participatie worden substantieel als chronisch zieken zich ook ongezond voelen, dan wel beperkingen of een verminderde mentale gezondheid hebben. En daar zit de crux. De afgelopen periode is weliswaar het aantal mensen met een chronische ziekte gestegen, maar niet het aantal mensen dat zich ongezond voelt of beperkingen heeft. Dit kan verklaren dat zowel het aantal chronisch zieken als het aantal mensen dat participeert toegenomen is. Dit nog los van economische ontwikkelingen en andere factoren, die de participatiegraad beïnvloeden.

Oorzaak en gevolg
Gezondheid hangt dus samen met participatie. Mensen die participeren zijn grosso modo gezonder dan mensen die dit niet doen. Longitudinaal onderzoek laat zien dat de relatie beide kanten op gaat. Ongezondheid is een drempel voor onderwijsparticipatie, werk en andere vormen van maatschappelijke participatie. En tegelijkertijd geldt ook dat participatie de gezondheid positief beïnvloedt. Dit laatste wel onder bepaalde voorwaarden.

Gezondheidsproblemen leiden tot minder goede schoolprestaties en minder arbeidsparticipatie
Jongeren met gezondheidsproblemen spijbelen meer en hebben meer kans om de school voortijdig te verlaten. Dit leidt, gemiddeld genomen, tot een lager opleidingsniveau voor jongeren met gezondheids-problemen. Vooral jongeren met gedragsproblemen en middelenmisbruik vormen een risicogroep. Ongeveer 2% van de kinderen en jongeren gaat naar het speciaal onderwijs en een groot deel van hen stroomt vervolgens door in de Wajong. Zeer moeilijk lerende kinderen, zeer moeilijk opvoedbare kinderen en psychisch langdurig zieke kinderen vormen de grootste groep binnen het speciaal onderwijs. Dit weerspiegelt zich in de Wajong-groep. Ongeveer twee derde van de jongeren die instroomt in de Wajong heeft een ontwikkelingsstoornis, vooral een autismespectrumstoornis of verstandelijke handicap.

Een goede gezondheid vergroot de kans dat volwassenen en ouderen aan het werk blijven. Degenen met een minder goede gezondheid vallen vaker uit het arbeidsproces door arbeidsongeschiktheid, werkloosheid of vroegpensioen. Het grootste deel van de volwassenen die arbeidsongeschikt worden, heeft een psychische stoornis (zoals depressie, overspannenheid of burn-out) of klachten aan het bewegingsapparaat. Klachten aan het bewegingsapparaat zijn de belangrijkste oorzaak van langdurig verzuim bij mannen en psychische aandoeningen bij vrouwen.

Opvallend is dat een goede gezondheid ouderen niet helpt om weer aan het werk te komen. Zowel gezonde als ongezonde ouderen komen nog maar heel moeilijk aan het werk. Andere, waarschijnlijk vooral economische factoren, lijken hierbij dominant.

Het effect van gezondheid op het doen van vrijwilligerswerk of het verlenen van informele zorg is veel minder eenduidig; verschillende onderzoeken laten tegenstrijdige resultaten zien.

Participatie kan leiden tot een betere, maar ook tot een minder goede gezondheid
Gezondheid heeft niet alleen effect op participatie, participatie heeft op haar beurt ook effecten op gezondheid. Zo leidt een verminderde schoolparticipatie, in termen van verzuim en voortijdig schoolverlaten, tot een lager opleidingsniveau. Uit longitudinaal onderzoek blijkt dat dit, via 'tussenliggende factoren' leidt tot een minder goede gezondheid op volwassen leeftijd. Deze tussenliggende factoren zijn risicofactoren voor ziekte en sterfte die vaker voorkomen in de lagere sociaaleconomische groepen, zoals een minder gezonde leefstijl en minder gunstige werk- en woonomstandigheden.

Ook arbeidsparticipatie en mogelijk het doen van vrijwilligerswerk hebben positieve effecten op de gezondheid. Zo voelen mensen die vrijwilligerswerk doen zich gezonder dan degenen die dit niet doen. Ook hun levensverwachting is hoger. Arbeidsparticipatie heeft, over het geheel genomen, vooral een gunstig effect op de mentale gezondheid (in het bijzonder depressie). Werken is echter niet altijd gezond. Er zijn ook arbeidsomstandigheden die juist slecht zijn voor de gezondheid. Vooral blootstelling aan stoffen, hoge werkdruk en hoge fysieke werkbelasting leiden tot gezondheidsklachten. Deze ongunstige effecten lijken echter niet op te wegen tegen de gunstige effecten. Tenminste, op populatieniveau. Voor groepen die zwaar of gevaarlijk werk doen en dus blootgesteld worden aan grotere arbeidsrisico's zal de balans minder gunstig uitpakken.

Mensen die werken blijven gemiddeld genomen dus langer gezond. Daar zit echter ook een grens aan. Zo heeft pensionering over het algemeen een positief effect op de ervaren gezondheid, vooral als mensen vrijwillig stoppen met werken. Interessant is dat dit vooral geldt voor mensen die rond de gemiddelde pensioenleeftijd met pensioen gaan, niet voor degenen die eerder of later stoppen. Wat dit betekent voor het effect op gezondheid als de pensioenleeftijd opschuift, is niet te zeggen. Mogelijk schuift het effect mee, maar het kan ook zo zijn dat arbeidsparticipatie en pensionering minder positieve gezondheidseffecten hebben als mensen langer door moeten werken. Daarnaast is het de vraag in hoeverre dit verschilt tussen sociaaleconomische groepen. Het is niet ondenkbaar dat langer doorwerken juist voor de lagere sociaaleconomische groepen minder gunstige effecten heeft.

Participatie in de vorm van informele zorg leidt niet tot een verbetering, maar tot een verslechtering van de gezondheid. Zo zegt één op de zeven mantelzorgers dat hun ervaren gezondheid door de hulpverlening achteruit is gegaan en één op de acht vindt zijn psychische gezondheid verslechterd. Vooral mantelzorgers die zorgen voor iemand met gedragsproblemen of die zich sterk belast voelen, ervaren een achteruitgang in gezondheid.

5.1.3 Factoren van invloed op maatschappelijke participatie

Ondanks de drempels die een chronische ziekte of ander gezondheidsprobleem kan opwerpen, participeren de meeste mensen met gezondheidsproblemen wel gewoon. Juist van deze groep kunnen we leren. Waarom lukt het hen wel om te participeren en andere mensen met vergelijkbare gezondheidsproblemen niet? Deze vraag was leidend bij de beantwoording van de vierde en vijfde onderzoeksvraag. Hier beschrijven we per type participatie welke factoren hier een rol spelen.

Voorzieningen en individuele aanpassingen van invloed op schoolparticipatie
Vooral jongeren met gedragsproblemen, emotionele problemen en middelenmisbruik hebben een verhoogde kans om niet naar school te gaan. Angst voor school, mede door uitsluiting of pesten, belemmert schooldeelname terwijl motivatie schooldeelname bevordert. Leerlingen met een lage sociaaleconomische achtergrond en leerlingen in grote steden vormen een risicogroep. In deze groepen bestaat vaker een cumulatie van risicofactoren. Participatie van jongeren met gezondheidsproblemen wordt ook beïnvloed door voorzieningen en individuele aanpassingen (maatwerk) op school, deskundigheid van de leerkracht op het gebied van gezondheidsproblemen en hoe hiermee om te gaan, en persoonlijke begeleiding op school. Ook wachtlijsten voor speciaal onderwijs en langdurige indicatieprocedures in de gezondheids- of jeugdzorg dragen er soms toe bij dat kinderen met problemen lang thuis zitten.

Arbeidsparticipatie bepaald door persoonlijke en werkgerelateerde factoren
De groep arbeidsongeschikten bestaat voor het merendeel uit mensen met psychische problemen of klachten aan het bewegingsapparaat. Ook zijn psychische problemen en klachten aan het bewegingsapparaat belangrijke redenen voor langdurig verzuim. Daarom hebben we voor deze twee groepen de determinanten op een rij gezet. Als het gaat om psychische problemen verhogen de volgende factoren de kans op werkhervatting: een hoge opleiding, jonge leeftijd, goede fysieke gezondheid, positieve gezondheidsbeleving en een positieve verwachting ten aanzien van herstel en werkhervatting. Naast deze persoonlijke factoren, zijn ook werkgerelateerde factoren als de werkbelasting van belang. Ook meer kennis over psychische ziekten, sociale steun van leidinggevenden en collega's en een goede samenwerking tussen werkgever, bedrijfsarts en behandelend arts dragen bij aan werkhervatting en het verminderen van verzuim. Opvallend is dat grotendeels dezelfde factoren van belang zijn voor werknemers met klachten aan het bewegingsapparaat. Specifieke factoren bij klachten aan het bewegingsapparaat zijn lichamelijke beperkingen en zware fysieke werktaken.

Bij oudere werknemers zijn vergelijkbare factoren van belang. Ging het bij de vorige groep echter om kansen op verzuim en terugkeer na verzuim, bij ouderen gaat het vooral om voorkomen van vervroegde uittreding en bevorderen van langer doorwerken. Zoals gezegd, is het voor ouderen extra moeilijk om weer terug te komen in het arbeidsproces. Behalve gezondheid en de hierboven genoemde factoren, zijn een gunstige financiële situatie na pensionering, gebrek aan steun van leidinggevende en een hoge werkdruk redenen om eerder te stoppen. Degenen die langer willen doorwerken, noemen hiervoor financiële redenen, maar ook dat arbeidsparticipatie hen voldoening en zingeving geeft en het gevoel van eigenwaarde verhoogt. Ook hier spelen de houding van de leidinggevende en flexibele werktijden een rol.

Vrijwilligerswerk en informele zorg: vraag belangrijker dan eigen gezondheid
Hoogopgeleiden, mensen met een hoog inkomen en mensen met een groot sociaal netwerk doen relatief vaak vrijwilligerswerk. Bij vrijwilligerswerk gaat het daarbij vooral om een combinatie van motieven en het aanbod van vrijwilligerswerk. Het aanbod van vrijwilligerswerk blijkt afhankelijk van de omvang van het sociaal netwerk. Bij informele zorg gaat het om de vraag naar zorg, en het wordt vooral gezien als een morele verplichting. Als het nodig is, doen mensen het, ongeacht motivatie, vaardigheden en gezondheid. Uiteraard speelt bij zowel vrijwilligerswerk als mantelzorg ook de gezondheid een rol, maar zoals eerder beschreven, deze is kleiner dan in het geval van arbeidsparticipatie.

5.1.4 Interventies en maatregelen

Wetten en regels geven de kaders
Er zijn veel mogelijkheden om participatie te beïnvloeden. Voor een groot deel zijn deze vastgelegd in wetten en regels. Zo kennen we de leerplicht, de kwalificatieplicht, en meerdere wetten die de onderwijsparticipatie van jongeren met gezondheidsproblemen bevorderen (zoals de Wet speciaal onderwijs en leerlinggebonden financiering binnen het reguliere onderwijs). Arbeidsparticipatie wordt bevorderd door veranderende wetgeving rondom arbeidsongeschiktheid (inclusief de nieuwe Wajong), vervroegde uittredingsregelingen en de pensioenleeftijd. Deze wetgeving is in de loop van het afgelopen decennium veranderd van wetten die vooral gericht waren op inkomensbescherming naar wetten die meer gericht zijn op participatie. De verwachting is dat deze tendens zich nog verder doorzet in de Participatiewet, die per 1 januari 2015 in zal gaan.

Verder mag de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) niet ongenoemd blijven. De Wmo is een wet die mensen ondersteunt om hun rol in de samenleving te vervullen. Het gaat dan meestal niet om school of werk, maar om andere manieren van participatie. De Wmo biedt bijvoorbeeld ondersteuning aan mensen met beperkingen of gezondheidsproblemen om sociale contacten te leggen en mee te doen in de samenleving. De Wmo biedt ook ondersteuning aan mantelzorgers door middel van materiële hulp, een financiële tegemoetkoming of respijtzorg.

Deels hangt de wet- en regelgeving rondom participatie samen met economische ontwikkelingen. Zo wordt de pensioenleeftijd geleidelijk verhoogd en zijn de mogelijkheden afgebouwd om vervroegd uit het arbeidsproces te treden. Dit met het idee dat ook ouderen nodig zijn op de arbeidsmarkt, en dat deze noodzaak op termijn alleen maar zal toenemen.

Schoolparticipatie bevorderen: van fysieke toegankelijkheid tot ondersteuning
Binnen de huidige wettelijke kaders zijn er mogelijkheden om participatie te beïnvloeden. De beschreven maatregelen om schoolparticipatie te bevorderen grijpen vooral aan op schoolgerelateerde determinanten. Een voorbeeld is het zorg- en adviesteam (ZAT), waarin professionals samenwerken om leerlingen met problemen te ondersteunen om te voorkomen dat zij zonder diploma de school verlaten. Verder hebben scholen voorzieningen die de fysieke en praktische toegankelijkheid voor kinderen en jongeren met gezondheidsproblemen verhogen, zoals aangepast meubilair, hulp bij aanvraag van voorzieningen en aangepaste lesprogramma's. Vrijwel alle scholen voor voortgezet onderwijs en mbo's hebben een ZAT. Over de effectiviteit van ZAT is weinig bekend. Dit geldt ook voor het bereik en de effecten van de meeste andere maatregelen.

Arbeidsparticipatie: voorkomen van verzuim en bevorderen re-integratie
Effectieve maatregelen om arbeidsparticipatie bij mensen met psychische aandoeningen te bevorderen, zijn vooral gericht op een verbeterde samenwerking tussen werkgever, bedrijfsarts en behandelend arts. Daarnaast zijn maatregelen vaak gericht op persoonlijke factoren. Deze interventies omvatten een vorm van psychologische therapie, waarbij in sommige gevallen ook de werkgever betrokken wordt. Vooral de probleemoplossingstherapie lijkt effectief. De informatie over de effecten van cognitieve gedragstherapie en werkgerichte therapie is niet eenduidig. Er is weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van interventies gericht op de andere determinanten van participatie. Kwalitatief onderzoek suggereert wel positieve effecten van aanpassingen van de functie of werkbelasting op een eerdere terugkeer van werknemers met een depressie.

Interventies om de fysieke belastbaarheid van werknemers met aandoeningen aan het bewegingsapparaat te verhogen, bestaan uit lichamelijke oefeningen om pijn en functionele beperkingen te verminderen of uit (cognitieve) gedragstherapieën. Daarnaast bestaan er ergonomische en organisatorische interventies om de belasting te verlagen. Deze richten zich onder meer op de determinanten autonomie en sociale steun op de werkvloer. Veel van deze interventies vergroten de arbeidsparticipatie van werknemers met klachten aan het bewegingsapparaat.

Ruim 40% van de werkgevers heeft maatregelen getroffen om ouderen aan het werk te houden. In de meeste gevallen betreffen dit ontziemaatregelen (zoals extra vrije dagen en taakverlichting); veel minder vaak zijn dit stimuleringsmaatregelen (zoals omscholing, taakverbreding en gezondheidsbeleid). Ontziemaatregelen dragen echter bij aan negatieve beeldvorming van ouderen. Dit geldt niet alleen voor collega's en werkgevers, maar ook voor de mensen zelf. Dit is van belang, omdat negatieve beeldvorming de arbeidsparticipatie van ouderen mogelijk belemmert. Andere interventies die specifiek op ouderen gericht zijn, hebben vooral betrekking op loopbaanbeleid, arbeidsomstandigheden en arbeidsvoorwaarden. Hiervan zijn wel positieve ervaringen beschreven, maar het Nederlandse onderzoek laat geen harde conclusies over de effecten toe. Overigens zijn meeste interventies gericht op duurzame inzetbaarheid niet specifiek gericht op ouderen, maar op alle werknemers. Duurzame inzetbaarheid begint immers al veel eerder.

Faciliteren vrijwilligerswerk en ondersteunen van mantelzorgers
Informele zorg wordt gegeven als er een hulpbehoevende naaste is. De rol van de overheid is faciliterend en ondersteunend. Anders is dit bij vrijwilligerswerk. Interventies om het doen van vrijwilligerswerk te stimuleren, spreken ouderen aan op hun wensen, kwaliteiten en betekenis voor de samenleving. Informatie over de effectiviteit van de bestaande interventies is nagenoeg afwezig.

Naast de interventies die zich specifiek richten op vrijwilligerswerk en mantelzorg, zijn er ook interventies die zich richten op de mogelijkheid om te kunnen participeren in sociale rollen, waaronder ook sociale contacten. Zo zijn er zelfmanagementinterventies die aangrijpen op de gevolgen van een ziekte. Vanuit gemeenten zijn er interventies gericht op het voorkomen van sociaal isolement of eenzaamheid en het bevorderen van sociale samenhang in de wijk. Meer betrokkenheid in de wijk is niet alleen van belang als doel op zich, maar kan ook een voedingsbodem zijn voor meer vrijwilligerswerk en zorgen voor elkaar.

5.2 Kennishiaten

Op basis van ons onderzoek komt een aantal kennishiaten naar boven.

Weinig bekend over effectiviteit en bereik van interventies en maatregelen
Er is weinig bekend over de effectiviteit van interventies en overheidsmaatregelen gericht op het tegengaan van schoolverzuim en voortijdig schoolverlaten, de duurzame inzetbaarheid van oudere werknemers en het bevorderen van vrijwilligerswerk en informele zorg. In dit rapport vonden we nog de meeste informatie over effectiviteit voor interventies gericht op blijven werken en werkhervatting, maar ook hiervoor is de bewijsvoering beperkt. Daarnaast is informatie nodig over bereik, en zijn ook procesmaten zoals ervaringen, kosten en randvoorwaarden van belang.

Effect van verhoging van de pensioenleeftijd op gezondheid nog onduidelijk
We vonden intrigerende resultaten over de gezondheidseffecten van pensionering. Dit effect blijkt onder meer afhankelijk van de leeftijd van pensionering en het al of niet vrijwillig met pensioen gaan. Wat het effect zal zijn van verhoging van de pensioenleeftijd is echter onbekend. Ook is nog onduidelijk of het effect van pensionering op gezondheid verschillend is tussen hoger en lager opgeleiden. Overigens zijn de resultaten over de gezondheidseffecten van pensionering grotendeels gebaseerd op buitenlandse studies. Er is beperkt longitudinaal Nederlands onderzoek op dit terrein.

Hebben we genoeg vrijwilligers en mantelzorgers in de toekomst?
Het is nog onvoldoende bekend of door de vergrijzing en de stijging in arbeidsparticipatie en pensioenleeftijd er in de toekomst nog voldoende mensen zullen zijn die participeren in vrijwilligerswerk en informele zorg. Er is vooral weinig bekend over de combinatie van verschillende participatievormen.

Effecten van medische behandelingen op participatie zijn onbekend
In de zorg wordt nog steeds weinig rekening gehouden met werk; noch met werk als oorzaak van ongezondheid, noch met de mogelijkheden van chronisch zieken om deel te nemen aan de maatschappij. De kennis die er is over de effecten van medische behandeling en zelfmanagement is vooral gericht op medische uitkomsten, niet op het kunnen participeren. Het verdient aanbeveling dat ook participatie en werkhervatting een uitkomst van medische behandelingen zouden zijn.

Beschikbaarheid van gegevens is een aandachtspunt
In dit rapport is gebruik gemaakt van het Aanvullend Voorzieningengebruikonderzoek (AVO). Het AVO combineert informatie over verschillende maten voor participatie en voor gezondheid, waardoor we onderzoek konden doen naar de relatie hiertussen. De laatste AVO-ronde dateert echter al uit 2007 en dit onderzoek heeft geen vervolg gekregen. Met gegevens van de Gezondheidsmonitor uit 2012 kunnen we wel kijken naar de relatie tussen gezondheid en arbeidsparticipatie en informele zorg, maar niet naar schoolparticipatie, vrijwilligerswerk en lidmaatschap van een (sport)vereniging. Bovendien werd de Gezondheidsmonitor in 2012 voor het eerst uitgevoerd en zijn er dus nog geen trendgegevens beschikbaar. Om het beleid te ondersteunen met trendgegevens is duurzame investering in gegevens-verzamelingen nodig. Een belangrijk pluspunt van de Gezondheidsmonitor is de beschikbaarheid van gegevens op regionaal niveau.

5.3 Aanbevelingen

5.3.1 Onderwijsparticipatie

Blijf aandacht besteden aan kinderen en jongeren met gezondheidsproblemen
Als gezondheidsproblemen aan het begin van het leven de onderwijscarrière bepalen, zet dit kinderen meteen op achterstand. Een lager opleidingsniveau is immers voor een groot deel bepalend voor kansen later in het leven, inclusief kansen op een goede gezondheid. Er wordt dan ook veel geïnvesteerd in het mogelijk maken van een goede onderwijsloopbaan. De meeste kinderen met gezondheidsproblemen maken hun school af, al dan niet in het speciaal onderwijs. Het aantal jongeren in het voortgezet speciaal onderwijs is dan ook toegenomen, maar (tegelijkertijd) is ook de instroom in de Wajong gestegen. Al is deze stijging gestopt sinds de nieuwe Wajong in werking is getreden, toch blijft extra aandacht voor risicogroepen nodig.

En vergeet kinderen en jongeren met cognitieve of emotionele problemen niet
Niet alleen is extra aandacht nodig voor de meer zichtbare problematiek van jongeren met gedragsproblemen, maar ook voor licht verstandelijk gehandicapten en jongeren met emotionele problemen. Deze laatste groep verdwijnt soms relatief ongemerkt uit het onderwijs.

Zet effectieve maatregelen in
Voor risicogroepen bestaan cognitief-gedragsmatige interventies die emotionele en gedragsproblemen van leerlingen verminderen en het zelfvertrouwen versterken. Voor leerkrachten is het van belang dat zij voldoende toegerust zijn om met leerlingen met fysieke en psychische gezondheidsproblemen om te kunnen gaan. Het is echter nog niet duidelijk in hoeverre dit nu het geval is en wat leerkrachten daarvoor nodig hebben.

Niet alleen de scholen zijn aan zet
Veel interventies en maatregelen om schoolparticipatie te bevorderen, worden toegepast in het onderwijs. Maar ook de zorg lijkt van belang. We weten echter te weinig over de mate waarin er in de zorg aandacht is voor onderwijsparticipatie, en in hoeverre daarin samenwerking is tussen de behandelaars en de school.

5.3.2 Arbeidsparticipatie

Overgang van school naar werk vergt extra aandacht
Onder jongeren is een minder goede gezondheid in relatief geringe mate een belemmering voor schoolparticipatie, maar in veel grotere mate voor (toegang tot) de arbeidsmarkt. Zo komen veel jongeren uit het voortgezet speciaal onderwijs direct in de Wajong. Er lijkt dus vooral nog verbetering mogelijk in de overgang van school naar werk en extra aandacht is nodig om kwetsbare groepen voor te bereiden op de arbeidsmarkt. Daarbij gaat het niet alleen om scholen, maar ook vanuit de zorg en vanuit gemeenten is dit van belang.

Maak duidelijk aan werkgevers en werknemers: de meeste chronisch zieken werken gewoon
De beeldvorming over chronisch zieken op de arbeidsmarkt lijkt aan herziening toe. Als het besef dat de meeste chronisch zieken een betaalde baan hebben verder doordringt, versterkt dit de arbeidsmarktpositie van deze groep. Dit is ook van belang voor mensen zelf. Zo blijkt dat mensen die verwachten dat zij met gezondheidsproblemen kunnen werken, minder verzuimen en vaker het werk hervatten. Mogelijk draagt de notie dat werken in veel gevallen een positief effect op hun gezondheid heeft, bij aan deze positieve verwachting.
Een punt dat hiermee te maken heeft, is dat eventueel verminderde participatie bij mensen met chronische aandoeningen niet altijd medisch gelabeld hoeft te worden. Net als bij andere werknemers kan verzuim of verminderde productiviteit ook 'gewoon' te maken hebben met andere problematiek, die bovendien niet altijd werkgerelateerd hoeft te zijn.

Klein deel heeft extra aanpassingen nodig
Weliswaar hebben de meeste chronisch zieken een betaalde baan, maar dit neemt niet weg dat een deel van de werkende chronisch zieken toch extra aanpassingen nodig heeft. Werkgevers kunnen bijdragen aan participatie van deze groep door het aanbieden van flexibele voorzieningen die toegespitst zijn op de mogelijkheden van deze werknemers. Hierbij is individueel maatwerk nodig. Ook de overheid kan hierin bijdragen door stimuleringsregelingen voor het bevorderen van participatie van chronisch zieken en arbeidsgehandicapten.

Ouderen: voorkom uitval
Voor ouderen is het vooral van belang dat ze in het arbeidsproces blijven. Eenmaal uitgevallen is het voor hen extra lastig om weer terug te komen. Het voorkomen van uitval onder oudere werknemers vergt extra maatregelen. Vooral oudere werknemers met chronische gezondheidsproblemen in zware beroepen, moeten tijdig kunnen overstappen naar minder belastende beroepen. Hiervoor is een loopbaanbeleid nodig voor individuele werknemers.

Eenduidige informatie nodig over werkzame interventies
De overheid kan werkgevers ondersteunen in het bieden van maatwerk voor chronisch zieken en arbeidsgehandicapten. Dit kan bijvoorbeeld door betrouwbare informatie beschikbaar te stellen over de effectiviteit van interventies. Om dit beleid goed uit te voeren, is meer kennis nodig. Er is vooral behoefte aan meer inzicht in welke interventies en maatregelen een positieve bijdrage leveren aan de arbeidsparticipatie van chronisch zieken en ouderen. Daarbij is kennis over kosteneffectiviteit van programma's nodig, ook om duidelijk te maken welke partijen de kosten dragen en welke partijen de baten krijgen. Dit helpt in de samenwerking tussen de verschillende sectoren, zoals zorg, welzijn, sociale zaken en werkgelegenheid.

Huisartsen en andere zorgverleners kunnen meer aandacht aan werk besteden
Ook vanuit de zorg zelf zijn er initiatieven die bijdragen aan arbeidsparticipatie en andere vormen van participatie. Zo zijn er zelfmanagementprogramma's waarin chronisch zieken zelf de regie over hun zorgproces krijgen en het behandeldoel mede bepalen. Deze programma's zijn niet alleen gericht op de medische kant van de ziekte, maar juist ook op het dagelijks leven, inclusief werk en andere bezigheden. Deze initiatieven zouden uitgebreid kunnen worden, zodat de zorg veel meer dan nu rekening kan houden met arbeid en andere vormen van participatie die van belang zijn voor mensen.

5.3.3 Vrijwilligerswerk en informele zorg

Stimuleer combinaties van participatie
De huidige beleidsontwikkelingen in de langdurige zorg zullen leiden tot een toename van de vraag naar informele zorg en vrijwilligerswerk. In hoeverre het aantal mantelzorgers en vrijwilligerswerk mee zullen stijgen met deze stijging van de vraag, is onduidelijk. Een extra onzekere factor is dat onbekend is in hoeverre de groei in arbeidsparticipatie van oudere werknemers het aanbod van mantelzorgers en vrijwilligers zal verminderen. Het is dan ook van belang om ook onder ouderen die werken mantelzorg en vrijwilligerswerk te stimuleren.

Ondersteuning van werkende en niet-werkende mantelzorgers blijft van belang
Het belang van de bestaande mogelijkheden van werkenden om langdurend zorgverlof op te kunnen nemen, zal alleen maar toenemen. Ook ondersteuning van mantelzorgers, vooral zij die zwaar belast zijn, blijft van cruciaal belang. Niet alleen om er voor te zorgen dat zij het volhouden, maar ook om de negatieve effecten op de gezondheid van mantelzorgers zo veel mogelijk te voorkomen.

Vrijwilligerswerk: meer aandacht voor initiatieven gericht op ongezonde ouderen
De huidige lokale en regionale initiatieven ter bevordering van vrijwilligerswerk zijn gericht op alle ouderen, ongeacht of deze gezond of ongezond zijn. Daarbij lijkt een actieve benadering effectiever (het gevraagd worden), vooral door mensen die de potentiële vrijwilligers al kennen. Het is hierbij aannemelijk dat vooral de gezonde ouderen worden bereikt. Om ook de ongezonde ouderen te bereiken, zal er meer aandacht moeten zijn voor deze ouderen. Daarbij is ook nog steeds meer inzicht nodig in de effectiviteit van de maatregelen gericht op vrijwilligerswerk.

Literatuur

Aarts L, Van Hout C, Thijs C, Visscher K. Evaluatie jobcoaching. Aarts De Jong Wilms Goudriaan Public Economics bv (APE), 2008.

Aas RW, Tuntland H, Holte KA, Roe C, Lund T, Marklund S, Moller A. Workplace interventions for neck pain in workers. Cochrane database of systematic reviews, 2011:CD008160.

Abma FI, Bultmann U, Varekamp I, Van der Klink JJ. Workers with health problems: three perspectives on functioning at work. Disability and Rehabilitation, 2013;35:20-6.

Alblas M, Penninx K. De zilveren kracht van Schiedam. Onderzoeksrapport over mogelijkheden om de senioren van Schiedam vrijwillig actief te krijgen en te houden. Movisie, 2007.

Allen J, Meng C. Voortijdige schoolverlaters: aanleiding en gevolgen. ROA-R-2010/9. Maastricht: Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt (ROA), 2010.

Amsterdam JCG van, Proper KI. Determinanten van afnemende participatie van ouderen. RIVM rapport 260241001/2012. Bilthoven: RIVM, 2012.

Andersen MF, Nielsen KM, Brinkmann S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 2012;38:93-104.

Anema JR, Steenstra IA, Bongers PM, De Vet HC, Knol DL, Loisel P, Van Mechelen W. Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: graded activity or workplace intervention or both? A randomized controlled trial. Spine (Phila Pa 1976), 2007;32:291-8; discussion 299-300.

Arboportaal. Arbocatalogi. 2013a; Beschikbaar op: http://www.arboportaal.nl/types/alle/arbocatalogi?/onderwerpen.

Arboportaal. Archief arboconvenanten. 2013b; Beschikbaar op: http://www.arboportaal.nl/onderwerpen/arbowet--en--regelgeving/arbowet/overige-regelgeving/archief-arboconvenanten.html.

Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-Gromen A, Bultmann U, Verbeek JH. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. Cochrane database of systematic reviews, 2012;12:CD006389.

ATS. COPD. New York, USA: American Thoracic Society, 2005; Beschikbaar op: http://www.thoracic.org/COPD/.

Baat M de. Beschermende en risicofactoren voor schoolverzuim. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, 2009.

Balans Digitaal. Stoornissen & beperkingen en passend onderwijs. 2013 [27-06-2013]; Beschikbaar op: http://www.steunpuntpassendonderwijs.nl/stoornissenbeperkingen/.

Bekkers M, Proper K. Kennisvraag 11.19 – Gezond Bedrijf. Product 2: Rapportage symptomen, functionele beperkingen en gezondheidsbevorderlijke omstandigheden waarin mensen met psychische problemen kunnen werken. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2013.

Bekkers M, Uiters E. Kennisvraag 11.19 – Gezond Bedrijf. Product 3: Rapportage prevalentie psychische problemen en prognose voor herstel en werkhervatting. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2013.

Bekkers RHFP, De Wit A, Broese van Groenou MI. Vitamine V: Waarom Oudere Vrijwilligers Langer en Gezonder Leven. Abstract Nederlands Congres Volksgezondheid 2013 TSG Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 2013;91:63.

Bekkers R. Giving and Volunteering in the Netherlands. Sociological and psychological perspectives. Proefschrift. Utrecht: ICS, UU, 2004.
Berg T van den, Schuring M, Avendano M, Mackenbach J, Burdorf A. The impact of ill health on exit from paid employment in Europe among older workers. Occupational and Environmental Medicine, 2010a;67:845-52.
Berg TI van den, Elders LA, Burdorf A. Influence of health and work on early retirement. Journal of occupational and environmental medicine, 2010b;52:576-83.
Bethge M. Psychosoziale arbeitsplatzbezogene Faktoren und berufliche Wiedereingliederung bei Rückenschmerzpatienten: Eine Literaturübersicht. Orthopäde, 2010;39:866-73.
Bieleman HJ, Oosterveld FG, Oostveen JC, Reneman MF, Groothoff JW. Work participation and health status in early osteoarthritis of the hip and/or knee: a comparison between the Cohort Hip and Cohort Knee and the Osteoarthritis Initiative. Arthritis Care & Research (Hoboken), 2010;62:683-9.
Bijl R, Boelhouwer J, Cloïn M, Pommer E. (red.) De sociale staat van Nederland 2011. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011.
Boer A de, Broese van Groenou M, Timmermans J. Mantelzorg. Een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2009.
Boer AG de, Burdorf A, Van Duivenbooden C, Frings-Dresen MH. The effect of individual counselling and education on work ability and disability pension: a prospective intervention study in the construction industry. Occupational and Environmental Medicine, 2007;64:792-7.
Boer AG de, Van Beek JC, Durinck J, Verbeek JH, Van Dijk FJ. An occupational health intervention programme for workers at risk for early retirement; a randomised controlled trial. Occupational and Environmental Medicine, 2004;61:924-9.
Bogt T ter, Van Lieshout M, Doornwaard S, Eijkemans Y. Middelengebruik en voortijdig schoolverlaten. Twee onderzoeken naar de actuele en gepercipieerde rol van alcohol en cannabis in relatie tot spijbelen, schoolprestaties, motivatie en uitval. Utrecht: Universiteit Utrecht/Trimbos-instituut, 2009.
Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. Psychiatric Rehabilitation Journal, 2008;31:280-90.
Borghans L, Golsteyn B, De Grip A. Werkend leren. Economische Statistische Berichten, 2007:260-3.
Börsch-Supan A, Kartsen H, Jürges H. A new comprehensive and international view on ageing: introducing the ‘Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe’. European Journal of Ageing, 2005;2:245-53.
Bos EH, Krol B, Van der Star A, Groothoff JW. The effects of occupational interventions on reduction of musculoskeletal symptoms in the nursing profession. Ergonomics, 2006;49:706-23.
Bot SD, Terwee CB, Van der Windt DA, Van der Beek AJ, Bouter LM, Dekker J. Work-related physical and psychosocial risk factors for sick leave in patients with neck or upper extremity complaints. International Archives of Occupational and Environmental Health, 2007;80:733-41.
Breedveld K, De Klerk M, De Hart J. Ouderen en maatschappelijke inzet. De betekenis van toenemende arbeidsparticipatie onder ouderen voor de betrokkenheid van ouderen bij politiek activisme, vrijwilligerswerk, informele hulp en zorg voor kleinkinderen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2004.
Broek A van den, De Haan J, Schols M, Tiessen-Raaphorst A, Verbeek D. Verschillen in vrijetijdsbesteding. In: Van den Broek A, Bronneman R, Veldheer V, (red.). Sociaal en Cultureel Rapport 2010 Wisseling van de wacht: generaties in Nederland. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2010. p. 358-83.

Broese van Groenou MI. Informele zorg 3.0. Schuivende panelen en een krakend fundament. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Informele zorg in gerontologisch perspectief vanwege de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie, bij de Faculteit der Sociale Wetenschappen van de Vrije Universiteit Amsterdam. 28 juni 2012. Amsterdam: VU, 2012.
Broese van Groenou MI. Sociale participatie van 55-64 jarigen: is de huidige generatie sociaal actiever dan de vorige? Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie, 2006a;37:275-82.
Broese van Groenou M, Deeg D. Veranderingen in sociale participatie. In: de Boer A, (red.). Rapportage ouderen 2006; veranderingen in de leefsituatie en levensloop. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2006b.
Brouwer S, De Lange AH, Van der Mei S, Wessels M, Koolhaas W, Bultmann U, Van der Heijden BI, Van der Klink JJ. Duurzame inzetbaarheid van de oudere werknemer: stand van zaken. (sustainable employability of the older worker; the current position). Groningen: University Medical Center Groningen, 2012.
Brouwer S, Krol B, Reneman MF, Bultmann U, Franche RL, Van der Klink JJ, Groothoff JW. Behavioral determinants as predictors of return to work after long-term sickness absence: an application of the theory of planned behavior. Journal of Occupational Rehabilitation, 2009;19:166-74.
Brouwers EP, Terluin B, Tiemens BG, Verhaak PF. Predicting return to work in employees sick-listed due to minor mental disorders. Journal of Occupational Rehabilitation, 2009;19:323-32.
Brouwers EP, De Bruijne MC, Terluin B, Tiemens BG, Verhaak PF. Cost-effectiveness of an activating intervention by social workers for patients with minor mental disorders on sick leave: a randomized controlled trial. European Journal of Public Health, 2007;17:214-20.
Brown HE, Gilson ND, Burton NW, Brown WJ. Does physical activity impact on presenteeism and other indicators of workplace well-being? Sports Medicine, 2011;41:249-62.
Burdorf A, Barendregt JJ, Swuste PH. Future increase of the incidence of mesotheliomas due to occupational exposure to asbestos in the past. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1997;141:1093-8.
Bureau Bartels. Inzetten op duurzame inzetbaarheid. Eindevaluatie tijdelijke subsidieregeling stimuleren leeftijdsbewust beleid periode 2004-2010. Amersfoort: Bureau Bartels, 2010.
Burr JA, Mutchler JE, Caro FG. Productive activity clusters among middle-aged and older adults: intersecting forms and time commitments. Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 2007;62:S267-75.
Busschbach JT van, Michon H, Van Vugt M, Stant AD. Effectiviteit van Individuele Plaatsing en Steun in Nederland. Eindverslag van een gerandomiseerde gecontroleerde effectstudie. Deel 2: Bevindingen na 30 maanden follow-up. Groningen/Utrecht: Rob Giel Onderzoekcentrum/Trimbos-instituut, 2011.
Butrica BA, Johnson RW, Zedlewski SR. Volunteer dynamics of older Americans. Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 2009;64:644-55.
Carroll C, Rick J, Pilgrim H, Cameron J, Hillage J. Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. Disability and Rehabilitation, 2010;32:607-21.
CBS. Jeugdmonitor. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2013a. [17-04-2013]; Beschikbaar op: http://jeugdmonitor.cbs.nl.
CBS. 220 duizend Nederlanders voelen zich zwaar belast door mantelzorg. Persbericht, maandag 22 april 2013. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2013b.

CBS. Landelijke Jeugdmonitor. Jaarrapport 2012. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2012.
CBS. Landelijke Jeugdmonitor. Niet-werkende jongeren in crisistijd. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2009.
Centrum voor Nascholing. Training Passend Onderwijs. 2011; Beschikbaar op: http://www.centrumvoornascholing.nl/nc/producten-diensten/opleidingen-trainingen.html.
CG-Raad. Ouders en Rugzak. Wat is de rugzak? Utrecht: CG-Raad, 2013. [27-06-2013]; Beschikbaar op: http://www.50tien-oudersenrugzak.nl/oudersenrugzak/rugzak/wat_is_de_rugzak.
Chappell NL, Reid RC. Burden and well-being among caregivers: examining the distinction. Gerontologist, 2002;42:772-80.
Choi NG, Chou RJA. Time and money volunteering among older adults: the relationship between past and current volunteering and correlates of change and stability. Ageing & Society, 2010;30:559-81.
Chou R, Huffman LH. Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. Annals of Internal Medicine, 2007;147:492-504.
Claussen B. Health and re-employment in a five-year follow-up of long-term unemployed. Scand J Public Health, 1999;27:94-100.
Claussen B, Bjorndal A, Hjort PF. Health and re-employment in a two year follow up of long term unemployed. Journal of Epidemiology and Community Health, 1993;47:14-8.
Cook JA, Blyler CR, Leff HS, McFarlane WR, Goldberg RW, Gold PB, Mueser KT, Shafer MS, Onken SJ, Donegan K, Carey MA, Kaufmann C, Razzano LA. The employment intervention demonstration program: major findings and policy implications. Psychiatric Rehabilitation Journal, 2008;31:291-5.
Cornelius LR, Van der Klink JJ, Groothoff JW, Brouwer S. Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: a systematic review. Journal of Occupational Rehabilitation, 2011;21:259-74.
Croezen S. Social relationships and healthy ageing; epidemiological evidence for the development of a local intervention programma. Proefschrift. Wageningen: WUR, 2010.
Cuelenaere B, Deckers K, Siegert S, De Bruin G. Langer doorwerken met beleid. Parels: goede praktijken van duurzame inzetbaarheid van werknemers. Rotterdam: Ecorys, 2009.
Cuijpers P. Depressive disorders in caregivers of dementia patients: a systematic review. Aging & Mental Health, 2005;9:325-30.
Cutler DM, Lleras-Muney A. Education and health: Evaluating theories and evidence. Working Paper 12352. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 2006.
Dalen H van, Henkens K, Conen W, Schippers J. Dilemma's rond langer doorwerken. Europese werkgevers aan het woord. Amsterdam: NIDI, 2012.
Deeg DJH, Westendorp-De Seriere M. Autonomy and well-being in the aging population I. Report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam 1992-1993. Amsterdam: VU Uitgeverij; 1994.
Dekkers-Sanchez PM, Hoving JL, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. Factors associated with long-term sick leave in sick-listed employees: a systematic review. Occupational and Environmental Medicine, 2008;65:153-7.
Demoulin C, Marty M, Genevay S, Vanderthommen M, Mahieu G, Henrotin Y. Effectiveness of preventive back educational interventions for low back pain: a critical review of randomized controlled clinical trials. European Spine Journal, 2012;21:2520-30.
Dick FD, Graveling RA, Munro W, Walker-Bone K. Workplace management of upper limb disorders: a systematic review. Occupational Medicine (Lond), 2011;61:19-25.

Dodu N. Is employment good for well-being? A literature review. Journal of occupational psychology, employment and disability, 2005;7:17-33.
Driessen MT, Proper KI, Anema JR, Bongers PM, Van der Beek AJ. Process evaluation of a participatory ergonomics programme to prevent low back pain and neck pain among workers. Implementation Science, 2010;5:65.
Duijts SF, Kant I, Van den Brandt PA, Swaen GM. Effectiveness of a preventive coaching intervention for employees at risk for sickness absence due to psychosocial health complaints: results of a randomized controlled trial. Journal of occupational and environmental medicine, 2008;50:765-76.
Eekelen JHA van. Thuiszittersonderzoek Ingrado 2008-2009. Oost West – Thuis is het ook niet alles. Arnhem: Ingrado. Vereniging voor leerplicht en RMC, 2010.
Ehlers A, Naegele G, Reichert M. Volunteering by older people in the EU. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2011.
Ende I van den, Roelen CAM, Eysink PED. Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid: Wat is de relatie met ziekten en aandoeningen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\ Gezondheid en ziekte\Functioneren en kwaliteit van leven\Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, 13 juni 2013. Bilthoven: RIVM, 2013.
Engers A, Jellema P, Wensing M, Van der Windt DA, Grol R, Van Tulder MW. Individual patient education for low back pain. Cochrane database of systematic reviews, 2008:CD004057.
Epel ES, Blackburn EH, Lin J, Dhabhar FS, Adler NE, Morrow JD, Cawthon RM. Accelerated telomere shortening in response to life stress. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 2004;101:17312-5.
Erp NH van, Giesen FB, Van Weeghel J, Kroon H, Michon HW, Becker D, McHugo GJ, Drake RE. A multisite study of implementing supported employment in the Netherlands. Psychiatric Services, 2007;58:1421-6.
ERS. COPD. Lausanne, Zwitserland: European Respiratory Society, 2005; Beschikbaar op: http://www.ersnet.org.
Estryn-Behar M, Van der Heijden BI, Fry C, Hasselhorn HM. Longitudinal analysis of personal and work-related factors associated with turnover among nurses. Nursing Research, 2010;59:166-77.
Evaluatieonderzoek Gedragswerk. Werkt Gedragswerk? Evaluatie project Gedragswerk. 2009. [18-07-2013]; Beschikbaar op: http://www.gedragswerk.nl/_userdata/files/Samenvatting%20evaluatie%20B.pdf.
Exel NJA van, Van den Berg B, Koopmanschap MA, Van den Bos GAM, Brouwer WBF. Mantelzorg; een goed om te waarderen. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 2004;82:236-42.
Expertisecentrum. Expertisecentrum Mantelzorg. [01-05-2013]; Beschikbaar op: www.expertisecentrummantelzorg.nl.
Eysink PED, Dekkers S, Janssen P, Poos MJJC, Van der Noordt M, Meijer SM. Ziektelast van ongunstige arbeidsomstandigheden in Nederland. RIVM Rapport 270231002/2013. Bilthoven: RIVM, 2013a.
Eysink PED, Klein Hesselink DJ, Houtman ILD, Van der Noordt M. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van (on)gunstige arbeidsomstandigheden? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid.<http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidsdeterminanten\Omgeving\Arbeidsomstandigheden, 23 september 2013. Bilthoven: RIVM, 2013b.

Feltz-Cornelis CM van der, Hoedeman R, De Jong FJ, Meeuwissen JA, Drewes HW, Van der Laan NC, Ader HJ. Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 2010;6:375-85.
Flach PA, Groothoff JW, Krol B, Bultmann U. Factors associated with first return to work and sick leave durations in workers with common mental disorders. European Journal of Public Health, 2012;22:440-5.
Franche RL, Baril R, Shaw W, Nicholas M, Loisel P. Workplace-based return-to-work interventions: optimizing the role of stakeholders in implementation and research. Journal of Occupational Rehabilitation, 2005;15:525-42.
Francissen L, Cohen L, Bosveld W. 'Ze moeten ergens wel de wil hebben'. Wat voorafgaat aan uitval in het MBO. Amsterdam: Gemeente Amsterdam. Dienst Onderzoek en Statistiek, 2011.
Gemeente Den Haag. OUD is IN! Den Haag: Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, 2012.
Gesthuizen M. How socially committed are the Dutch low-educated? Historical trends, life-course changes and two explanations for educational differences. European Sociological Review, 2006;22:91-105.
Geuskens GA, Hazes JM, Barendregt PJ, Burdorf A. Work and sick leave among patients with early inflammatory joint conditions. Arthritis & Rheumatism, 2008;59:1458-66.
Giesbers H, Verweij A, De Beer J. Vergrijzing: Wat zijn de belangrijkste verwachtingen voor de toekomst? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Bevolking\Vergrijzing, 21 maart 2013. Bilthoven: RIVM; 2013.
Giessen RN van der, Speksnijder CM, Helders PJ. The effectiveness of graded activity in patients with non-specific low-back pain: a systematic review. Disability and Rehabilitation, 2012;34:1070-6.
Giezen-Biegstraaten L, Bosma E, Knipscheer K. Kracht van ouderen. Fonds Sluyterman van Loo, 2010.
Goine H, Knutsson A, Marklund S, Karlsson B. Sickness absence and early retirement at two workplaces--effects of organisational intervention in Sweden. Social Science & Medicine, 2004;58:99-108.
Gool CH van, Hoeymans N, Picavet HSJ. Lichamelijk functioneren: Hoeveel mensen hebben beperkingen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Functioneren en kwaliteit van leven\Lichamelijk functioneren, 7 december 2009. Bilthoven: RIVM; 2009.
GR. Tillen tijdens werk. Publicatienr. 2012/36. Den Haag: Gezondheidsraad, 2012a.
GR. Kracht zetten, duwen en trekken in werksituaties. Publicatienr. 2012/37. Den Haag: Gezondheidsraad, 2012b.
GR. Beeldschermwerken. Publicatienr. 2012/38. Den Haag: Gezondheidsraad, 2012c.
GR. Staand, geknield en gehurkt werken. De risico's voor de gezondheid. Publicatienr. 2011/41. Den Haag: Gezondheidsraad, 2011.
Gubrium JF. Toward a socio-environmental theory of aging. Gerontologist, 1972;12:281-4.
Hallegraeff JM, Krijnen WP, Van der Schans CP, De Greef MH. Expectations about recovery from acute non-specific low back pain predict absence from usual work due to chronic low back pain: a systematic review. Journal of Physiotherapy, 2012;58:165-72.

Hammink A, Altenburg M, Schrijvers C. De sociale gevolgen van verslaving. Een state of the art studie naar verstoring van sociale relaties, schooluitval, dakloosheid, schulden en huiselijk geweld als gevolg van alcohol- of drugsverslaving. Rotterdam: Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving, 2012.

Hank K, Erlinghagen M. Dynamics of volunteering in older Europeans. Gerontologist, 2010;50:170-8.

Hanning C, Eysink PED, Poos MJJC. Mantelzorg. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Toolkit regionale VTV. <http://www.toolkitvtv.nl> Toolkit regionale VTV\Inhoud\Indicatoren en bronnen\Zorg, 28 juli 2011. Bilthoven: RIVM; 2011.

Hees HL, De Vries G, Koeter MW, Schene AH. Adjuvant occupational therapy improves long-term depression recovery and return-to-work in good health in sick-listed employees with major depression: results of a randomised controlled trial. Occupational and Environmental Medicine, 2013;70:252-60.

Heffernan J, Pilkington P. Supported employment for persons with mental illness: systematic review of the effectiveness of individual placement and support in the UK. Journal of Mental Health, 2011;20:368-80.

Heide I van der, Van Rijn RM, Robroek SJW, Burdorf A, Proper KI. Is retirement good for your health? A systematic review of longitudinal studies. Submitted.

Heide I van der, Proper K. Relationship between chronic disease and economic activity. In: Harbers M, Achterberg P, editors. Europeans of retirement age: chronic diseases and economic activity. Bilthoven: RIVM; 2012.

Heide W van der, Sluys L. Maatschappelijke participatie senioren. Tympaan Instituut, 2011.

Heijmans M, Van der Veer J, Spreeuwenberg P, Rijken M. Kerngegevens Werk en Inkomen; rapportage 2011. Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking. Utrecht: Nivel, 2011.

Henkens K, Van Solinge H, Cozijnsen R. Let go or retain? A comparative study of the attitudes of business students and managers about the retirement of older workers. Journal of Applied Social Psychology, 2009;39(7):1562-88.

Herweijer L. Gestruikeld voor de start. De school verlaten zonder startkwalificatie. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2008.

Hodgson JT, McElvenny DM, Darnton AJ, Price MJ, Peto J. The expected burden of mesothelioma mortality in Great Britain from 2002 to 2050. British Journal of Cancer, 2005;92:587-93.

Hoefsmit N, Houkes I, Nijhuis FJ. Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review. Journal of Occupational Rehabilitation, 2012;22:462-77.

Hoeymans N, van Loon AJM, Schoemaker CG. Definitierapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. RIVM Rapport 270241002. Bilthoven: RIVM, 2011.

Hoeymans N, Melse JM, Schoemaker [red.] CG. Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de VTV 2010. Van gezond naar beter. Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum, 2010.

Hoeymans N, Schellevis FC, Wolters I. Hoeveel mensen hebben één of meer chronische ziekten? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Chronische ziekten en multimorbiditeit, 12 december 2008. Bilthoven: RIVM; 2008.

Hoeymans N, Timmermans JM, De Klerk MMY, De Boer AH, Deeg DJH, Poppelaars JL, Thissen F, Droogleever Fortuijn JC, De Hollander AEM. Gezond actief: de relatie tussen ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie onder Nederlandse oudere. RIVM rapport 270054001/2005. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2005.
Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. Health Psychology, 2007;26:1-9.
Hooftman W, Van der Klauw M, Klein Hesselink J, Terwoert J, Jongen M, Kraan K, Wevers C, Houtman I, Koppes L. Arbobalans 2011. Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland. Hoofddorp: TNO, 2012.
Hop A. De Kleine Gids voor de Nederlandse Sociale Zekerheid 2013.1. Deventer: Kluwer, 2013.
Houten M van, Winsemius A. Participatie ontward. Vormen van participatie uitgelicht. Movisie, 2010.
Huber M, Knottnerus JA, Green L, Van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, Van der Meer JW, Schnabel P, Smith R, Van Weel C, Smid H. How should we define health? British Medical Journal, 2011;343:d4163.
ICF. Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health. Compilatie. Bilthoven: WHO FIC Collaborating Centre in the Netherlands, RIVM, 2002.
Iles RA, Davidson M, Taylor NF. Psychosocial predictors of failure to return to work in non-chronic non-specific low back pain: a systematic review. Occupational and Environmental Medicine, 2008;65:507-517.
Jacobs T, Lodewijckx E. Grenzen aan mantelzorg. Sociaaldemografische hypothesen over de toekomst van de zorg. Brussel: Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie (CBGS), 2006.
Janssen N, Van den Heuvel WP, Beurskens AJ, Nijhuis FJ, Schroer CA, Van Eijk JT. The Demand-Control-Support model as a predictor of return to work. International Journal of Rehabilitation Research, 2003;26:1-9.
Jegermalm M, Grassman EJ. Caregiving and volunteering among older people in Sweden--prevalence and profiles. Journal of Aging & Social Policy, 2009;21:352-73.
Jehoel-Gijsbers G, Smits W, Boelhouwer J, Bierings H. Sociale uitsluiting: ontwikkeling van een meetinstrument. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2008.
Jepma I, Swart B, Vergeer M. Opstaan tegen het thuiszitten. Utrecht: Sardes, 2011.
Johnson RW, Lo Sasso AT. The impact of elder care on women's labor supply. Inquiry, 2006;43:195-210.
Jokela M, Ferrie JE, Gimeno D, Chandola T, Shipley MJ, Head J, Vahtera J, Westerlund H, Marmot MG, Kivimaki M. From midlife to early old age: health trajectories associated with retirement. Epidemiology, 2010;21:284-90.
Kalwij A, Alessie R, Knoef M. Pathways to Retirement, Income, and Cause-Specific Mortality Risks in the Netherlands. Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement (Netspar), 2010.
Kalwij A, Vermeulen F. Health and labour force participation of older people in Europe: what do objective health indicators add to the analysis? Health Economics, 2008;17:619-38.
Kenniscentrum UWV. UWV Kennisverslag 2011-II. Amsterdam: UWV, 2011.
Kenniscentrum UWV. UWV Kwartaalverkenning 2009-I (4.3 Gezondheidsbeleving en werkhervatting bij gedeeltelijk arbeidsongeschikten). Amsterdam: UWV, 2009.
Klerk M de, Gilsing R, Timmermans J. Op weg met de Wmo. Evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007-2009. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2010.
Klerk M de. Meedoen met beperkingen. Rapportage gehandicapten 2007. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2007.

Kloseck M, Crilly RG, Mannell RC. Involving the community elderly in the planning and provision of health services: predictors of volunteerism and leadership. Canadian Journal on Aging, 2006;25:77-91.
Kolenberg A. Goed bezig! GGz jongeren over opleiding en werk. Utrecht: Landelijk Platform GGz, 2010.
Kolenberg A. Werk in behandeling. Onderzoek naar aandacht voor arbeidsparticipatiemogelijkheden van jongeren met een psychiatrische stoornis. Nieuwegein: Kenniscentrum CrossOver, 2009.
Kooiker SE. Nederlanders aan het woord over gezondheid en gezond leven. Achtergrondrapport bij de VTV 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven/Den Haag: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/ Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011.
Kooiker SE. Jeugd met beperkingen. Rapportage gehandicapten 2006. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2006.
Koopmans PC, Roelen CA, Bultmann U, Hoedeman R, Van der Klink JJ, Groothoff JW. Gender and age differences in the recurrence of sickness absence due to common mental disorders: a longitudinal study. BMC Public Health, 2010;10:426.
Koppes LLJ, De Vroome EMM, Mars GMJ, Janssen BJM, Van Zwieten MHJ, Van den Bossche SNJ. Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2012. Methodologie en globale resultaten. Hoofddorp: TNO, 2013.
Koppes LLJ, De Vroome EMM, De Mol MEM, Janssen BJM, Van Zwieten MHJ, Van den Bossche SNJ. Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2011. Methodologie en globale resultaten. Hoofddorp: TNO, 2012.
Koppes LLJ, De Vroome EMM, De Mol MEM, Janssen BJM, Van den Bossche SNJ. Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2010. Methodologie en globale resultaten. Hoofddorp: TNO, 2011.
Korpi T. Accumulating disadvantage: longitudinal analyses of unemployment and physical health in representive samples of the Swedish population. European Sociological Review, 2001;17:255-73.
Kotiso A. Lokhorst B. Van ontzien naar duurzaam ontwikkelen. Utrecht: Expertisecentrum LEEFtijd; 2010.
Krause N, Dasinger LK, Deegan LJ, Rudolph L, Brand RJ. Psychosocial job factors and return-to-work after compensated low back injury: a disability phase-specific analysis. American Journal of Industrial Medicine, 2001a;40:374-92.
Krause N, Frank JW, Dasinger LK, Sullivan TJ, Sinclair SJ. Determinants of duration of disability and return-to-work after work-related injury and illness: challenges for future research. American Journal of Industrial Medicine, 2001b;40:464-84.
Kronstrom K, Salminen JK, Hietala J, Kajander J, Vahlberg T, Markkula J, Rasi-Hakala H, Karlsson H. Personality traits and recovery from major depressive disorder. Nordic Journal of Psychiatry, 2011;65:52-7.
Krupa T. Interventions to improve employment outcomes for workers who experience mental illness. Canadian Journal of Psychiatry, 2007;52:339-45.
Kuijer W, Groothoff JW, Brouwer S, Geertzen JH, Dijkstra PU. Prediction of sickness absence in patients with chronic low back pain: a systematic review. Journal of Occupational Rehabilitation, 2006;16:439-67.
Lagerveld SE, Blonk RW, Brenninkmeijer V, Wijngaards-de Meij L, Schaufeli WB. Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study. Journal of Occupational Health Psychology, 2012;17:220-34.

Lagerveld SE, Bultmann U, Franche RL, Van Dijk FJ, Vlasveld MC, Van der Feltz-Cornelis CM, Bruinvels DJ, Huijs JJ, Blonk RW, Van der Klink JJ, Nieuwenhuijsen K. Factors associated with work participation and work functioning in depressed workers: a systematic review. Journal of Occupational Rehabilitation, 2010;20:275-92.
Laisne F, Lecomte C, Corbiere M. Biopsychosocial predictors of prognosis in musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature (corrected and republished) *. Disability and Rehabilitation, 2012;34:1912-41.
Landstad B, Vinberg S, Ivergard T, Gelin G, Ekholm J. Change in pattern of absenteeism as a result of workplace intervention for personnel support. Ergonomics, 2001;44:63-81.
Lemieux P, Durand MJ, Hong QN. Supervisors' perception of the factors influencing the return to work of workers with common mental disorders. Journal of Occupational Rehabilitation, 2011;21:293-303.
Lenssinck ML, Burdorf A, Boonen A, Gignac MA, Hazes JM, Luime JJ. Consequences of inflammatory arthritis for workplace productivity loss and sick leave: a systematic review. Annals of the Rheumatic Diseases, 2013;72:493-505.
Levasseur M, Richard L, Gauvin L, Raymond E. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. Social Science and Medicine, 2010;71:2141-9.
Lexis MA, Jansen NW, Huibers MJ, Van Amelsvoort LG, Berkouwer A, Tjin ATG, Van den Brandt PA, Kant I. Prevention of long-term sickness absence and major depression in high-risk employees: a randomised controlled trial. Occupational and Environmental Medicine, 2011;68:400-7.
Li Y, Ferraro KF. Volunteering in Middle and Later Life: is Health a Benefit, Barrier or both? Social Forces, 2006;85.
Li Y, Ferraro KF. Volunteering and depression in later life: social benefit or selection processes? Journal of Health & Social Behavior, 2005;46:68-84.
Lieshout M van. Voorkomen beter dan herstellen: Jongeren over de oorzaken en aanpak van voortijdig schoolverlaten. Antwerpen/Apeldoorn: Garant, 2003.
Linders EAHM. De betekenis van nabijheid. Een onderzoek naar informele zorg in een volksbuurt. Proefschrift. Tilburg: Universiteit van Tilburg; 2010.
Lucht F van der, Polder JJ. Van gezond naar beter. Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. RIVM-rapportnummer: 270061005. Bilthoven: RIVM, 2010.
Lundborg P. The health returns to education: what can we learn from twins? Amsterdam: Free University Amsterdam, 2008.
Maat JW van de. Methodebeschrijving: Senioren voor uw gemeente. Movisie, 2010.
Maat JW van de, Van der Zwet R. Het stimuleren van maatschappelijke inzet door vitale ouderen. Movisie, 2009.
Machielse A, Hortulanus R. Sociaal isolement bij ouderen. Op weg naar een Rotterdamse aanpak. Amsterdam: SWP, 2011.
Mann-Poll PS, De Lange J, Pot AM. E-mental health interventies voor mantelzorgers van ouderen: een overzicht. Tijdschrift Voor Gerontologie & Geriatrie, 2007;38:274-87.
McCann JJ, Hebert LE, Beckett LA, Morris MC, Scherr PA, Evans DA. Comparison of informal caregiving by black and white older adults in a community population. Journal of the American Geriatrics Society, 2000;48:1612-7.
Meij M van der. Methodebeschrijving: De Bijspringer. Movisie, 2010.

Meijer S, Postma S, Schoemaker C, Zwaanswijk M. Hoe vaak komen psychische problemen bij jeugd voor? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\ Functioneren en kwaliteit van leven\Psychisch functioneren\Psychisch functioneren jeugd, 23 september 2008.
Meijer R, Mevissen JWM. Vergrijzing tegen wil en dank. Voorbeelden van oplossingen in de praktijk. Amsterdam: Regioplan, 2005.
Mein G, Martikainen P, Hemingway H, Stansfeld S, Marmot M. Is retirement good or bad for mental and physical health functioning? Whitehall II longitudinal study of civil servants. Journal of Epidemiology and Community Health, 2003;57:46-9.
Michel C. Duurzaam inzetbaarheidbeleid. Een beleid als een huis: de sleutel tot een waardig (slot) akkoord? Proefschrift. Utrecht: Universiteit van Utrecht; 2010.
Michon H, Van Busschbach JT, Van Vugt M, Stant AD. Effectiviteit van Individuele Plaatsing en Steun in Nederland. Basisrapport SCION-I: bevindingen na 18 maanden follow-up. Utrecht/Groningen: Trimbos-instituut/RGOc, 2011.
Michon H, Van Weeghel J. Rehabilitatie onderzoek in Nederland; overzicht van onderzoek en synthese van recente bevindingen. Tijdschrift voor Psychiatriatrie, 2010;52:683-94.
Middelkoop M van, Rubinstein SM, Kuijpers T, Verhagen AP, Ostelo R, Koes BW, Van Tulder MW. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. European Spine Journal, 2011;20:19-39.
Miyake Y, Tanaka K, Sasaki S, Hirota Y. Employment, income, and education and risk of postpartum depression: the Osaka Maternal and Child Health Study. Journal of Affective Disorders, 2011;130:133-7.
Morrow-Howell N. Volunteering in later life: research frontiers. Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 2010;65:461-9.
Move Europe. Wat bedrijven beweegt. Goede praktijken van gezond ondernemen. Ede: Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen, 2009.
Muenchberger H, Kendall E, Grimbeek P, Gee T. Clinical utility of predictors of return-to-work outcome following work-related musculoskeletal injury. Journal of Occupational Rehabilitation, 2008;18:190-206.
Muijzer A, Brouwer S, Geertzen JH, Groothoff JW. Exploring factors relevant in the assessment of the return-to-work process of employees on long-term sickness absence due to a depressive disorder: a focus group study. BMC Public Health, 2012;12:103.
Murphy NA, Christian B, Caplin DA, Young PC. The health of caregivers for children with disabilities: caregiver perspectives. Child Care Health and Development, 2007;33:180-7.
Musick MA, Wilson J. Volunteers. A social profile. Indiana University Press, 2008.
Muskens M, Jacobs J, Thomassen M, Dominguez Alvarez L, Van Casteren W. Evaluatie plusvoorzieningen. Eindrapport. Nijmegen: ResearchNed, 2012.
Mutchler JE, Burr JA, Caro FG. From paid worker to volunteer: Leaving the paid workforce and volunteering in later life. Social Forces, 2003;81:1267–93.
Nelson B, Economy P. The Management Bible. Hoboken, N.J.: Wiley; 2005.
Nielsen MB, Bultmann U, Madsen IE, Martin M, Christensen U, Diderichsen F, Rugulies R. Health, work, and personal-related predictors of time to return to work among employees with mental health problems. Disability and Rehabilitation, 2012;34:1311-6.

Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, De Boer AG, Blonk RW, Van Dijk FJ. Predicting the duration of sickness absence for patients with common mental disorders in occupational health care. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 2006;32:67-74.

Nimwegen N van, van Praag C. Bevolkingsvraagstukken in Nederland anno 2012. Actief ouder worden in Nederland. Den Haag: NIDI, 2012.

NJi Dossier Voor- en vroegschoolse educatie. Gevolgen onderwijsachterstanden. Nederlands Jeugdinstituut, 2013a; Beschikbaar op: http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/28/817.html.

NJi Dossier Voortijdig schoolverlaten. Beleid / Ontwikkelingen. Nederlands Jeugdinstituut, 2013b; Beschikbaar op: http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/05/945.html.

NJi Dossier Voortijdig schoolverlaten. Voortijdig schoolverlaten en verzuim. Wat werkt? Nederlands Jeugdinstituut, 2013c; Beschikbaar op: http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/04/634.html.

Noordik E, Van der Klink JJ, Geskus RB, De Boer MR, Van Dijk FJ, Nieuwenhuijsen K. Effectiveness of an exposure-based return-to-work program for workers on sick leave due to common mental disorders: a cluster-randomized controlled trial. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 2013;39:144-54.

Noordik E, Van der Klink JJ, Klingen EF, Nieuwenhuijsen K, Van Dijk FJ. Exposure-in-vivo containing interventions to improve work functioning of workers with anxiety disorder: a systematic review. BMC Public Health, 2010;10:598.

Noordt M van der, IJzelenberg H, Droomers M, Proper KI. Health effects of employment: A systematic review of prospective studies. In voorbereiding.

NVAB. Richtlijn handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, 2007.

NVAB. Module Depressie en arbeid. Utrecht: Nederlandse vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, 2005.

NVAB. Richtlijn Astma/COPD: Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met astma en COPD – geautoriseerde richtlijn. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, 2003.

Oberon. De belevingswereld van Voortijdig Schoolverlaters. Een onderzoeksrapportage. Utrecht: Oberon, 2008.

OCW. Aanpak voortijdig schoolverlaten. Kamerbrief 12 februari 2013. Den Haag: Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap 2013a.

OCW. Kerncijfers 2008-2012. Onderwijs, cultuur en wetenschap. Den Haag: Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, 2013b.

OCW. Voortgang aanpak schoolverzuim. Kamerbrief 21 maart 2013. Den Haag: Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, 2013c.

OCW. Passend onderwijs en kwaliteit (v)so. Kamerbrief 16 november 2012. Den Haag: Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, 2012a.

OCW. Kerncijfers 2007-2011. Onderwijs, cultuur en wetenschap. Den Haag: Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, 2012b.

OCW. Naar passend onderwijs. Brief van de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap over een nieuwe stelsel van passend onderwijs. Kamerbrief 31 januari 2011. Den Haag: Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, 2011.

OECD. Sick on the job? Myths and realities about mental health and work. OECD Publishing, 2012.

Oesch P, Kool J, Hagen KB, Bachmann S. Effectiveness of exercise on work disability in patients with non-acute non-specific low back pain: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Journal of Rehabilitation Medicine, 2010;42:193-205.
Oeseburg B, Jansen DE, Groothoff JW, Dijkstra GJ, Reijneveld SA. Emotional and behavioural problems in adolescents with intellectual disability with and without chronic diseases. Journal of Intellectual Disability Research, 2010;54:81-9.
Oksanen T, Vahtera J, Westerlund H, Pentti J, Sjosten N, Virtanen M, Kawachi I, Kivimaki M. Is retirement beneficial for mental health?: antidepressant use before and after retirement. Epidemiology, 2011;22:553-9.
Okun MA, Michel J. Sense of community and being a volunteer among the young-old. Journal of Applied Gerontology, 2006;25:173-88.
Oomens S, Huijs JJ, Andriessen S, Blonk RW. Werkhervatting bij psychische klachten. Belemmeringen in de werksituatie. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven, 2010.
Oortwijn W, Nelissen E, Adamini S, Van den Heuvel S, Geuskens G, Burdof L. Social determinants state of the art reviews - Health of people of working age - Full Report. Luxembourg: European Commission Directorate General for Health and Consumers, 2011.
Oostrom SH van, Driessen MT, De Vet HC, Franche RL, Schonstein E, Loisel P, Van Mechelen W, Anema JR. Workplace interventions for preventing work disability. Cochrane database of systematic reviews, 2009:CD006955.
Otten F, Arts K, Schuring M, Burdorf A. Het effect van werkbelasting op voortijdige arbeidsuittreding bij ouderen. Sociaaleconomische trends, 2012;4e kwartaal:53-9.
Oude Hengel KM, Blatter BM, Geuskens GA, Koppes LL, Bongers PM. Factors associated with the ability and willingness to continue working until the age of 65 in construction workers. International Archives of Occupational and Environmental Health, 2012;85:783-90.
Oudijk D, De Boer A, Woittiez I, Timmermans J, De Klerk M. Mantelzorg uit de doeken. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2010.
Penninx K, Witter E. Ouder worden in de doe-democratie. Gerontologie, 2013;3.
Penninx K. Zin in meedoen. Werkzame principes voor het stimuleren van vrijwillige inzet van mensen in de derde levensfase. Movisie, 2010.
Penninx K. Zilveren Kracht: Mobiliseren van mensen met levenservaring. Movisie, 2008a.
Penninx K, De Klerk M, De Boer A, Dekker P. De Zilveren Kracht in Cijfers. Factsheet Maatschappelijke inzet door ouderen 2008: Movisie, 2008b.
Peracchi F. The European community household panel: a review. Empirical Economics, 2002;27:63-90.
Picavet HSJ, Miedema HS. Brancherapport VWS; Preventie van klachten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2005.
Pinquart M, Sorensen S. Older adults' preferences for informal, formal, and mixed support for future care needs: a comparison of Germany and the United States. International Journal of Aging and Human Development, 2002;54:291-314.
Plaisier I, Beekman AT, De Graaf R, Smit JH, van Dyck R, Penninx BW. Work functioning in persons with depressive and anxiety disorders: the role of specific psychopathological characteristics. Journal of Affective Disorders, 2010;125:198-206.
Poels-Ribberink H, Sombekke E, Duisings-van Oijen K, Winkels J, Van den Broek A. Maken ze meer mogelijk? Studeren met een functiebeperking 2010. Vervolgmeting. Nijmegen: ITS/ResearchNed, 2011.

Pomaki G, Franche RL, Murray E, Khushrushahi N, Lampinen TM. Workplace-based work disability prevention interventions for workers with common mental health conditions: a review of the literature. Journal of Occupational Rehabilitation, 2012;22:182-95.

Poos MJJC, Eysink PED. Rangordening van ziekten en aandoeningen bij 15- tot 65-jarigen. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen, 15 december 2011. Bilthoven: RIVM, 2011.

Pot AM, Deeg DJH, Van Dyck R. Psychological well-being of informal caregivers of elderly people with dementia. Aging & Mental Health, 1997;1:261-8.

Poulisse N, Vrieze G. Met beperkingen door het beroepsonderwijs. Een onderzoek naar de positie van deelnemers met een beperking of handicap in het vmbo en mbo. Nijmegen: ITS, Stichting Katholieke Universiteit, 2002.

Programmacommissie SEGV-II (Commissie Albeda). Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen. Eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de programmacommissie SEGV-II. Den Haag: ZonMw, Programmacommissie SEGV-II, 2001.

Rackwitz B, De Bie R, Limm H, Von Garnier K, Ewert T, Stucki G. Segmental stabilizing exercises and low back pain. What is the evidence? A systematic review of randomized controlled trials. Clinical Rehabilitation, 2006;20:553-67.

Radema D, Van der Steenhoven P, Van Veen D. Thuiszitters in beeld. Een onderzoek naar leerplichtige kinderen met een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen die (tijdelijk) geen onderwijs volgen. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, 2003.

Regeerakkoord. Bruggen slaan. Regeerakkoord VVD – PvdA. 29 oktober 2012. 2012.

Rijksoverheid. Wie houdt toezicht op de leerplicht? 2013a. [01-05-2013]; Beschikbaar op: http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/leerplicht/vraag-en-antwoord/wie-houdt-toezicht-op-de-leerplicht.html.

Rijksoverheid. Wat is een zorg- en adviesteam (ZAT)? 2013b. [01-05-2013]; Beschikbaar op: http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/aanval-op-schooluitval/vraag-en-antwoord/wat-is-een-zorg-en-adviesteam.html.

Rijksoverheid. Hulp en ondersteuning Wmo. 2013c. [01-05-2013]; Beschikbaar op: http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/wet-maatschappelijke-ondersteuning-wmo/hulp-en-ondersteuning-wmo.

Rijksoverheid. Kortdurend zorgverlof. 2013d. [01-05-2013]; Beschikbaar op: http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verlof-en-vakantie/verlof/kortdurend-zorgverlof.

Rijksoverheid. Langdurend zorgverlof. 2013e. [01-05-2013]; Beschikbaar op: http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verlof-en-vakantie/verlof/langdurend-zorgverlof.

Rijs KJ, Cozijnsen R, Deeg DJH. The effect of retirement and age at retirement on self-perceived health after three years follow-up in Dutch 55-64-year-olds. Ageing & Society, 2012;32:281-306.

Rijssen J van, Van Deursen C. Gezondheidsbeleving en arbeidsdeelname. In: Versantvoort M, Van Echtelt P, (red.). Belemmerd aan het werk Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname personen met een gezondheidsbeperking. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2012.

Rivilis I, Van Eerd D, Cullen K, Cole DC, Irvin E, Tyson J, Mahood Q. Effectiveness of participatory ergonomic interventions on health outcomes: a systematic review. Applied Ergonomics, 2008;39:342-58.

RMO. Verkenning participatie: arbeid, vrijwillige inzet en mantelzorg in perspectief. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2008.

Robroek SJ, Schuring M, Croezen S, Stattin M, Burdorf A. Poor health, unhealthy behaviors, and unfavorable work characteristics influence pathways of exit from paid employment among older workers in Europe: a four year follow-up study. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 2013;39:125-33.

Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW, Schwartz JE. Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. Social Science and Medicine, 2011;72:840-54.

Rose KM, Carson AP, Catellier D, Diez Roux AV, Muntaner C, Tyroler HA, Wyatt SB. Women's employment status and mortality: the atherosclerosis risk in communities study. Journal of Womens Health (Larchmt), 2004;13:1108-18.

Ross CE, Mirowsky J. Does employment affect health? Journal of Health & Social Behavior, 1995;36:230-43.

Rubinstein SM, Terwee CB, Assendelft WJ, De Boer MR, Van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for acute low back pain: an update of the cochrane review. Spine (Phila Pa 1976), 2013;38:E158-77.

Rubinstein SM, Van Middelkoop M, Assendelft WJ, De Boer MR, Van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain: an update of a Cochrane review. Spine (Phila Pa 1976), 2011;36:E825-46.

Rytsala HJ, Melartin TK, Leskela US, Sokero TP, Lestela-Mielonen PS, Isometsa ET. Predictors of long-term work disability in Major Depressive Disorder: a prospective study. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2007;115:206-13.

Sadiraj K, Timmermans J, Ras M, De Boer A. De toekomst van de mantelzorg. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2009.

Savage S, Bailey S. The impact of caring on caregivers' mental health: a review of the literature. Australian health review, 2004;27:111-7.

Savelkoul M, Verweij A. Interventions to improve social participation. In: Harbers M, Achterberg P, editors. Europeans of retirement age: chronic diseases and economic activity. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2012.

Schaafsma F, Schonstein E, Ojajarvi A, Verbeek J. Physical conditioning programs for improving work outcomes among workers with back pain. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 2011;37:1-5.

Schene A, Van Weeghel J, Van der Klink J, Van Dijk F. Psychische aandoeningen en arbeid: een vergelijking van interventies. Psychopraxis, 2005;2005:91-6.

Schene AH, Koeter MW, Kikkert MJ, Swinkels JA, McCrone P. Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. Psychological Medicine, 2007;37:351-62.

Schoenbaum M, Unutzer J, McCaffrey D, Duan N, Sherbourne C, Wells KB. The effects of primary care depression treatment on patients' clinical status and employment. Health Services Research, 2002;37:1145-58.

Schuring M, Robroek SJ, Otten FW, Arts CH, Burdorf A. The effect of ill health and socioeconomic status on labor force exit and re-employment: a prospective study with ten years follow-up in the Netherlands. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 2013;39:134-43.

Schuring M, Mackenbach J, Voorham T, Burdorf A. The effect of re-employment on perceived health. Journal of Epidemiology and Community Health, 2011;65:639-44.

Shaw WS, Linton SJ, Pransky G. Reducing sickness absence from work due to low back pain: how well do intervention strategies match modifiable risk factors? Journal of Occupational Rehabilitation, 2006;16:591-605.

Siegrist J, Wahrendorf M, Von dem Knesebeck O, Jurges H, Borsch-Supan A. Quality of work, well-being, and intended early retirement of older employees: baseline results from the SHARE Study. European Journal of Public Health, 2007;17:62-8.

Sigsgaard T, Nowak D, Annesi-Maesano I, Nemery B, Toren K, Viegi G, Radon K, Burge S, Heederik D. ERS position paper: work-related respiratory diseases in the EU. European Respiratory Journal, 2010;35:234-8.

Sleeboom I, Hermanns J, Hermanns V. Meedoen leer je door mee te doen. Een inventarisatie van de wijze waarop in zorg voor kinderen van 0 tot 12 jaar met beperkingen aandacht besteed wordt aan (toekomstige) maatschappelijke participatie. Nieuwegein/Den Haag: CrossOver/ZonMw, 2010.

Sleeboom I, Hermanns J, Buysse W, Hilhorst N. Back to school. Thuiszitters in de GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen. Eindverslag. Woerden: H & S Consult, 2009; Beschikbaar op: http://dare.uva.nl/document/169252.

Solinge H van. Health Change in Retirement A Longitudinal Study among Older Workers in the Netherlands. Research on Aging, 2007;29:225-56.

Sonsbeek JM van, Gradus RHJM. Estimating the effects of recent disability reforms in the Netherlands. Amsterdam: Tinbergen Institute, 2012

Spekle EM, Hoozemans MJ, Blatter BM, Heinrich J, Van der Beek AJ, Knol DL, Bongers PM, Van Dieen JH. Effectiveness of a questionnaire based intervention programme on the prevalence of arm, shoulder and neck symptoms, risk factors and sick leave in computer workers: a cluster randomised controlled trial in an occupational setting. BMC Musculoskeletal Disorders, 2010;11:99.

Squires H, Rick J, Carroll C, Hillage J. Cost-effectiveness of interventions to return employees to work following long-term sickness absence due to musculoskeletal disorders. Journal of Public Health (Oxf), 2012;34:115-24.

Steenstra IA, Anema JR, Bongers PM, De Vet HC, Knol DL, Van Mechelen W. The effectiveness of graded activity for low back pain in occupational healthcare. Occupational and Environmental Medicine, 2006;63:718-25.

Stichting van de Arbeid. Beleidsagenda 2020: investeren in participatie en inzetbaarheid. Den Haag: Stichting van de Arbeid, 2011.

Stoutjesdijk M, Berendsen E. Kenniscahier 07-01 De groei van de Wajonginstroom. Een onderzoeksrapport in het kader van het dossieronderzoek Wajong 2007. Amsterdam: UWV, 2007.

Strijk JE, Proper KI, Van Mechelen W, Van der Beek AJ. Effectiveness of a worksite lifestyle intervention on vitality, work engagement, productivity, and sick leave: results of a randomized controlled trial. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 2013;39:66-75.

Struijs A. Informele zorg: Het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langdurige zorg. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2006.

Stull DE, Kosloski K, Kercher K. Caregiver burden and generic well-being: opposite sides of the same coin? Gerontologist, 1994;34:88-94.

Suanet B, Broese van Groenou M, Braam AW. Changes in volunteering among young old in the Netherlands between 1992 and 2002: the impact of religion, age-norms, and intergenerational transmission. European Journal of Ageing, 2009;6:157-65.

Suhrcke M, De Paz Nieves C. The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2011.
SZW. Resultaten sociaal overleg. Kamerbrief 11 april 2013. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2013.
SZW. Vitaliteitspakket. Kamerbrief 4 juli 2011. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2011.
SZW. Arbeidskrachten. Mobiliteit en duurzame inzetbaarheid. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Door Bureau STERK. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2009.
Tang F, Morrow-Howell N. Involvement in voluntary organizations: how older adults access volunteer roles? Journal of Gerontological Social Work, 2008;51:210-27.
Taylor R. Analysis of ways to improve employment opportunities for older workers. Report to the European Commission. Cambridge: University of Cambridge, 2001.
Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, Zometa CS, Hahn RA, McKnight-Eily LR, Chapman DP, Abraido-Lanza AF, Pearson JL, Anderson CW, Gelenberg AJ, Hennessy KD, Duffy FF, Vernon-Smiley ME, Nease DE, Jr., Williams SP. Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. American Journal of Preventive Medicine, 2012;42:525-38.
Trimbos-instituut. Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.
Uiters E, Maurits E, Droomers M, Zwaanswijk M, Verheij R, Van der Lucht F. The association between adolescents' health and disparities in school career. Submitted.
Utz RL, Carr D, Nesse R, Wortman CB. The effect of widowhood on older adults' social participation: an evaluation of activity, disengagement, and continuity theories. Gerontologist, 2002;42:522-33.
Vanneste Y, Lanser H. Handreiking 'Snel terug naar school is veel beter!'. Landelijke Handreiking voor een integrale aanpak van schoolziekteverzuim bij kinderen en jongeren. Utrecht: AJN en NVAB, 2010.
Verhoef J, Govers-Vreeburg EJE, Lubbersen DMS. Hoera! Ik ga weer naar school. Leerlingen met psychische of gedragsproblemen die thuiszitten. Den Haag: De Nationale Ombudsman, 2011.
Verkerk K, Luijsterburg PA, Miedema HS, Pool-Goudzwaard A, Koes BW. Prognostic factors for recovery in chronic nonspecific low back pain: a systematic review. Physical Therapy, 2012;92:1093-108.
Vermeulen SJ, Anema JR, Schellart AJ, Van Mechelen W, Van der Beek AJ. Cost-effectiveness of a participatory return-to-work intervention for temporary agency workers and unemployed workers sick-listed due to musculoskeletal disorders: design of a randomised controlled trial. BMC Musculoskeletal Disorders, 2010;11:60.
Vlachantoni A. The demographic characteristics and economic activity patterns of carers over 50: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. Population Trends, 2010:51-73.
Vlasveld MC, Van der Feltz-Cornelis CM, Ader HJ, Anema JR, Hoedeman R, Van Mechelen W, Beekman AT. Collaborative care for sick-listed workers with major depressive disorder: a randomised controlled trial from the Netherlands Depression Initiative aimed at return to work and depressive symptoms. Occupational and Environmental Medicine, 2013;70:223-30.
Vries G de, Koeter MW, Nabitz U, Hees HL, Schene AH. Return to work after sick leave due to depression; a conceptual analysis based on perspectives of patients, supervisors and occupational physicians. J Affect Disord, 2012a;136:1017-26.

Vries HJ de, Reneman MF, Groothoff JW, Geertzen JH, Brouwer S. Factors promoting staying at work in people with chronic nonspecific musculoskeletal pain: a systematic review. Disability and Rehabilitation, 2012b;34:443-58.
Vuijk P, Heyne DA, Van der Noll CWE. @school in Rotterdam. Een studie naar de prevalentie en etiologie van verschillende typen schoolweigerend gedrag in het Rotterdamse basisonderwijs. Rotterdam: CED-Groep, 2008.
Vuren D van, Van Es F, Roelofs G. Van bijstand naar Wajong. CPB Policy Brief 2011/09. Den Haag: Centraal Planbureau, 2011.
VWS. Gezamenlijke agenda VWS 'Van systemen naar mensen'. Kamerbrief 8 februari 2013. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2013a.
VWS. Kamerbrief Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst. Kamerbrief 25 april 2013. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2013b.
VWS. Agenda voor een Nationaal Programma Preventie. Kamerbrief 12 april 2013. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2013c.
VWS. Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg. Bijlage bij de Kamerbrief hervorming langdurige zorg 25 april 2013. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2013d.
VWS. Voor elkaar. Beleidsbrief Mantelzorg en Vrijwilligerswerk 2008-2011. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2007.
VWS. De mantelzorger in beeld. Kamerstuk 2004/2005, 30169, nr. 1. Kamerbrief 17 juni 2005. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2005.
VWS. Zorg nabij; notitie over mantelzorgondersteuning. Zorgnota 2001. Kamerstuk 2000/2001, 27401, nr. 65. Kamerbrief 20 juni 2001. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2001.
Waddell G, Burton AK. Is work good for your health and well-being? London: TSO, 2006.
Wanberg CR. The individual experience of unemployment. Annual Review of Psychology, 2012;63:369-96.
Weeghel J van, Michon H, Kroon H. Arbeidsrehabilitatie vanuit een GGZ-team. De betekenis van het Individual Placement and Support-model uit de Verenigde Staten. MGv, 2002;57:936-47.
WeHelpen. We Helpen. [01-05-2013]; Beschikbaar op: http://www.wehelpen.nl/.
Werff S van der, Volkerink M, Heyma A, Bisschop P. Wat maakt oudere werknemers aantrekkelijk? Amsterdam: SEO Economisch onderzoek, 2012.
Westerlund H, Vahtera J, Ferrie JE, Singh-Manoux A, Pentti J, Melchior M, Leineweber C, Jokela M, Siegrist J, Goldberg M, Zins M, Kivimaki M. Effect of retirement on major chronic conditions and fatigue: French GAZEL occupational cohort study. British Medical Journal, 2010;341:c6149.
Westerlund H, Kivimaki M, Singh-Manoux A, Melchior M, Ferrie JE, Pentti J, Jokela M, Leineweber C, Goldberg M, Zins M, Vahtera J. Self-rated health before and after retirement in France (GAZEL): a cohort study. Lancet, 2009;374:1889-96.
Wiggers JA. Een leven lang werken? Betaald en onbetaald werk van 55-plussers: ontwikkelingen en factoren. Proefschrift. Rotterdam: EUR, 2003.
Williams RM, Westmorland MG, Lin CA, Schmuck G, Creen M. Effectiveness of workplace rehabilitation interventions in the treatment of work-related low back pain: a systematic review. Disability and Rehabilitation, 2007;29:607-24.
Wind A de, Geuskens GA, Reeuwijk KG, Westerman MJ, Ybema JF, Burdorf A, Bongers PM, Van der Beek AJ. Pathways through which health influences early retirement: a qualitative study. BMC Public Health, 2013a;13:292.

Wind A de, Ybema JF, Van der Beek AJ. Psychosociale werkkenmerken en vervroegde uittreding ouderen. Economische Statistische Berichten, 2013b;98:152-5.
Wouterse B. Economic Consequences of Healthy Aging. Proefschrift. Tilburg: Tilburg University; 2013.
WRR. Vertrouwen in de school. Over de uitval van 'overbelaste' jongeren. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2009.
Yates ME, Tennstedt S, Chang BH. Contributors to and mediators of psychological well-being for informal caregivers. Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 1999;54:P12-22.
Ybema JF. Oudere werknemers en langer doorwerken. Secundaire analyse van de NEA, het NEA cohortonderzoek en de WEA. Hoofddorp: TNO, 2009.
Young AE, Wasiak R, Roessler RT, McPherson KM, Anema JR, Van Poppel MN. Return-to-work outcomes following work disability: stakeholder motivations, interests and concerns. Journal of Occupational Rehabilitation, 2005;15:543-56.
Zampolini M, Bernardinello M, Tesio L. RTW in back conditions. Disability and Rehabilitation, 2007;29:1377-85.
Zantinge EM, Verweij A, Post N, Wong A, De Klerk M, Broese van Groenou MI, Meulenkamp T, Picavet HSJ, Eysink PED. The relationship between health and societal participation in elderly people. Submitted.
ZonMw. Thema jeugd-onderwijs. 2013. [01-07-2013]; Beschikbaar op: http://www.zonmw.nl/nl/themas/thema-detail/jeugd/onderwijs/.
Zwerling C, Daltroy LH, Fine LJ, Johnston JJ, Melius J, Silverstein BA. Design and conduct of occupational injury intervention studies: a review of evaluation strategies. American Journal of Industrial Medicine, 1997;32:164-79.
Zwieten MHJ van, Ybema JF, Geuskens GA. Arbeidsvoorwaarden en de gewenste pensioenleeftijd. Gedrag & Organisatie, 2011;24:411-27.

Gegevensbronnen

ArboNed	Registratie van gegevens over ziekteverzuim en de oorzaken van ziekteverzuim door ArboNed.
AVO	Aanvullend Voorzieningengebruikonderzoek. Vierjaarlijks uitgevoerd door het Sociaal en Cultureel Planbureau tussen 1979 en 2007.
CBS StatLine	Elektronische databank van het CBS. Bevat statistische informatie over vele maatschappelijke en economische onderwerpen in de vorm van tabellen en grafieken.
Culturele Veranderingen	Culturele Veranderingen in Nederland. Enquête uitgevoerd door het Sociaal en Cultureel Planbureau, tot 1999 jaarlijks en daarna tweejaarlijks.
Doetinchem studie	Cohortstudie, vijfjaarlijks uitgevoerd door het Centrum voor Voeding, Preventie en Zorg/RIVM sinds 1987.

Gezondheidsmonitor	Gezondheidsmonitor van het Centraal Bureau voor de Statistiek, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu en GGD-en. Wordt vierjaarlijks uitgevoerd vanaf 2012.
IH	Enquête Informele Hulp. Uitgevoerd in 2001, 2007 en 2008. In 2007 en 2008 als onderdeel van de Enquête beroepsbevolking (EBB) uitgevoerd door CBS.
LASA	Longitudinal Ageing Study Amsterdam. Driejaarlijks onderzoek uitgevoerd door het VU medisch centrum vanaf 1992.
NEA	Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden. Sinds 2003 jaarlijks uitgevoerd door TNO en CBS.
NPCG	Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten van het NIVEL. Panelleden doen halfjaarlijks mee aan reguliere enquête.
PIAMA onderzoek	Preventie en Incidentie van Astma en Mijt Allergie. Geboortecohort-studie, vanaf 1996 uitgevoerd door RIVM, Universiteit Utrecht, UMC Utrecht, Universiteit Groningen, UMC Groningen en Erasmus MC.
UWV	Gegevensbestanden van het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen. Bevatten administratieve gegevens betreffende de nieuwe, beëindigde en lopende uitkeringen.

Websites

Websites van het RIVM

www.loketgezondleven.nl	Website van het Centrum Gezond Leven. Biedt een database van leefstijlinterventies.
www.nationaalkompas.nl	Nationaal Kompas Volksgezondheid. Biedt onafhankelijke en wetenschappelijk onderbouwde informatie over de volksgezondheid.
www.vtv2014.nl	Website van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014.
www.zorgatlas.nl	Nationale Atlas Volksgezondheid. Biedt een geografisch beeld van zorg en gezondheid in Nederland.
www.zorggegevens.nl	Zorggegevens. Biedt een wegwijzer naar gegevensbronnen over volksgezondheid en zorg.

Andere websites

nationaalinzetbaarheidsplan.nl	Website van Stichting Kroon op het Werk, TNO Innovation for life en Werk Van Nu. Biedt bedrijfsscan als onderdeel van het door SZW geïnitieerde Nationaal Inzetbaarheidsplan.
nvab.artsennet.nl	Website van het Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Biedt interventies ter ondersteuning van Arboprofessionals voor werknemers met een psychische aandoening.

step.nl/algemeen-info-rugklachten-blessures-rsi-preventie-step	Website van STEP Nederland. Biedt preventie en re-integratiebegeleiding vóór er klachten zijn en individuele scholing áls er klachten zijn.
www.aanvalopschooluitval.nl	Website van OCW. Biedt informatie over de aanpak en ontwikkelingen van voortijdig schoolverlaten.
www.aanvalopschooluitval.nl/voorbeeldprojecten/zoeken-op-thema/zorg-op-school	Website van OCW. Biedt Voorbeeldprojecten 'Zorg op school' in het kader van de Aanval op schooluitval.
www.blikopwerk.nl	Website van de stichting Blik op Werk. Biedt informatie over de Work Ability Index (WAI).
www.bodyatwork.nl/nl/staywork	Website van Body@Work, onderzoekscentrum van TNO, het VU medisch centrum en de Vrije Universiteit. Stay@Work is een onderzoek naar de effectiviteit van Participatieve Ergonomie ter preventie van rug- en nekklachten bij werknemers.
www.expertisecentrummantelzorg.nl	Website van het Expertisecentrum Mantelzorg, het landelijke kenniscentrum voor mantelzorgondersteuning.
www.gedragswerk.nl	Website van Gedragswerk. Is een project mogelijk gemaakt door OCW met als doel de samenwerking te bevorderen in de aanpak van leerlingen met gedragsproblemen.
www.invoeringwmo.nl	Website van het TransitieBureau Wmo. Biedt informatie over de Wmo en de transitie naar de nieuwe Wmo in 2015 voor professionals.
www.inzetverzekerdtoolbox.nl/cms	Website van Inzet Verzekerd. Biedt instrumenten voor werkgevers om hen te helpen bij het maken van keuzes op het gebied van duurzame inzetbaarheid.
www.movisie.nl/esi/begeleid-werken-individuele-vraaggerichte-benadering	Website van MOVISIE. Biedt casussen voor het begeleid werken van mensen met structurele functionele beperkingen van lichamelijke, verstandelijke of psychische aard.
www.nji.nl/jeugdinterventies	Website van het Nederlands Jeugdinstituut. Biedt een databank Effectieve Jeugdinterventies.
www.passendonderwijs.nl	Website van OCW. Biedt tools en praktijkvoorbeelden voor passend onderwijs.
www.preventned.nl/onze-diensten/interventies-en-instrumenten/aanpassing-werkplek-en-individuele-begeleiding/	Website van PreventNed. Biedt interventies en instrumenten voor onder meer aanpassing werkplek en individuele begeleiding.
www.preventned.nl/werkplekonderzoek/	Website van PreventNed. Biedt interventies en instrumenten voor onder meer aanpassing werkplek.

www.pzp.nl/2012/ergo-optima-bedrijfsinfomatie-pzp.pdf	
	Website van Ergo Optima. Biedt bedrijfsinformatie en beschrijving van programma's waaronder het ReïntegratieTrainingsProgramma multidisciplinair.
www.toolboxduurzameinzetbaarheid.nl	
	Website van Arbeid en Gezondheid. Biedt instrumenten en maatregelen voor bedrijven om de duurzame inzetbaarheid van hun personeel te optimaliseren.
www.wehelpen.nl	WeHelpen biedt een marktplaats voor het vinden en verbinden, organiseren en delen van hulp.
www.workabilityindex.nl	Website van Blik op het Werk. Biedt informatie over de Work Ability Index.
www.zorgvoorelkaar.com	Zorgvoorelkaar is een online marktplaats voor vrijwillige en professionele hulp.

Bijlagen

Bijlage 1 Redactie, auteurs, begeleidende commissies en referenten themarapport

Gezondheid en maatschappelijke participatie
Themarapport van de VTV-2014

Redactie

Ir. M.M. Harbers	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
Dr. N. Hoeymans	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij

Auteurs

Dr.ir. A.H. de Boer	Sociaal en Cultureel Planbureau
K. van Brakel	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
Dr. P.E.D. Eysink	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
Dr. H.H. Hamberg-van Reenen	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
Ir. M.M. Harbers	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
I. van der Heide, MA	RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg
Dr. N. Hoeymans	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
Dr. M.M.Y. de Klerk	Sociaal en Cultureel Planbureau
Dr. S.A. Meijer	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
M. van der Noordt, MSc	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
N.A.M. Post, MSc	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
Dr. K.I. Proper	RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg
Drs. J.M.H. Ruijsbroek	RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg
Drs. A. Verweij	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
Dr. E.M. Zantinge	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij

Projectondersteuning

Drs. L.C.M. Limburg	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij

Wetenschappelijke Adviescommissie

Dr. R.V. Bijl	Sociaal en Cultureel Planbureau
Dr. B.M. Blatter	TNO
Prof.dr. A. Burdorf	Erasmus Universiteit, Erasmus Medisch Centrum Rotterdam, Maatschappelijke GezondheidsZorg
Prof.dr. S.A. Reijneveld	Universiteit van Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen, Afdeling Gezondheidswetenschappen

Beleidsadviesgroep

Drs. J.C.M. Hulleman	VWS, Directie Publieke Gezondheid/Openbare Gezondheid
Drs. C.M.A. Kleijwegt-de Wit	VWS, Directie Publieke Gezondheid/Openbare Gezondheid

Dr. W.G.M. van der Kraan	VWS, Directie Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt (tot 1 oktober 2012); VWS, Directie Markt en Consument (vanaf 1 oktober 2012)
Ir. C.V. Neevel	VWS, Directie Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt
Ing. H.M.A. Geron	SZW, Directie Gezond en Veilig werken
Drs. H.P.A. Kroft	SZW, Directie Gezond en Veilig werken
Drs. C.M.E. van Rijbroek	OCW, Themadirectie Jeugd, Onderwijs en Zorg

Referenten

Dr. H.W.C. Michon	Trimbos-instituut
Drs. K. Penninx	ActivAge
Drs. C.A.M. Scholten	Vilans, kenniscentrum voor langdurende zorg
Dr. M.C. Zijlstra-Vlasveld	Trimbos-instituut

Bijlage 2 Projectleiding, begeleidende commissies en klankbordgroep VTV-2014

Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014

Projectleiding

Dr. N. Hoeymans	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
Dr.ir. A.J.M. van Loon	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
Dr. C.G. Schoemaker	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
E.M. Slichter, projectondersteuning	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij

Wetenschappelijke Adviescommissie

Dr. R.V. Bijl	Sociaal en Cultureel Planbureau
Prof.dr. J. Brug	Vrije Universiteit Medisch Centrum, EMGO Institute for Health and Care Research
Prof.dr. A. Burdorf	Erasmus Universiteit, Erasmus Medisch Centrum Rotterdam, Maatschappelijke GezondheidsZorg
Prof.dr. W.A. van Gool	Universiteit van Amsterdam, Academisch Medisch Centrum Amsterdam
Prof.dr. T.E.D. van der Grinten	Erasmus Universiteit, Instituut Beleid en Maatschappelijke Gezondheidszorg
Prof.dr. P.P. Groenewegen	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Prof.dr. K. Horstman	Universiteit Maastricht, Instituut voor Gezondheidsethiek/ Psychologie
Prof.dr. M.J. IJzerman	Universiteit Twente, Faculteit Management & Bestuur
Prof.dr. J.A. Knottnerus	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
Prof.dr. D. Ruwaard, MD	Universiteit Maastricht, Faculty of Health, Medicine and Life Science Life Science, School for Public Health and Primary Care
Drs. H. Smid	ZonMw
Prof.dr. J. Spijker	Radboud Universiteit Nijmegen, Pro Persona Academisch Psychisch Behandelcentrum Volwassenen
Prof.dr. K. Stronks	Universiteit van Amsterdam, Academisch Medisch Centrum, Sociale Geneeskunde
Prof.dr. A.N. van der Zande, voorzitter	RIVM, Bureau Directieraad
Prof.dr. J.A.M. van Oers	RIVM, Bureau Directieraad

Beleidsadviesgroep

Y.M. Boersma	OCW, Directie Voortgezet Onderwijs
Drs. A. Derksen	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
Prof.dr. M.C.H. Donker, voorzitter	VWS, Directie Publieke Gezondheid
Mr. M.H. Floor	VWS, Directie Maatschappelijke Ondersteuning

Ing. H.M.A. Geron	SZW, Directie Gezond en Veilig Werken
Drs. L.J. van der Heiden	VWS, Directie Publieke Gezondheid/Openbare Gezondheid
Drs. W.A. Helmich	VWS, Directie Voeding Gezondheidsbescherming en Preventie
Ir. E.J. Hemke	EZ, Directie Natuur en Biodiversiteit
Dr. L.M. van Herten	VWS, Directie Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt (tot 1 mei 2013)
Drs. M. Holling	VWS, Directie Langdurige Zorg
M.J.M. van der Hoog, arts	VWS, Directie Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt
Drs. J.C.M. Hulleman	VWS, Directie Publieke Gezondheid/Openbare Gezondheid
Drs. M. Koornneef	VWS, Directie Sport
Drs. H.P.A. Kroft	SZW, Directie Gezond en Veilig werken
P. Leeflang	VWS, Directie Voeding Gezondheidsbescherming en Preventie
Drs. L. Leliveld	VWS, Directie Publieke Gezondheid/Openbare Gezondheid
Ing. G.C.C. Molenaar	VWS, Directie Markt en Consument
Dr.ir. M.N. Pieters	RIVM, Domein Volksgezondheid en Zorg
Dr. H.A.J.M. Reinen	VWS, Directie Voeding Gezondheidsbescherming en Preventie
Dr. P.G.J. Reulings	VWS, Inspectie Gezondheidszorg
Dr. J.W.A. Ridder	OCW, Directie Onderzoek en Wetenschapsbeleid
Drs. J. Tanis	VWS, Directie Jeugd
Drs. J.B. van den Wijngaard	VWS, Directie Geneesmiddelen en Medische Technologie
Drs. A.J.M. Zengerink	VWS, Directie Curatieve Zorg

Klankbordgroep RIVM

Ir. X. Gravestein	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
Dr. M.E.E. Kretzschmar	RIVM, Bureau Directieraad
Prof.dr.ir. E. Lebret	RIVM, Bureau Directieraad
Prof.dr. J.A.M. van Oers, voorzitter	RIVM, Bureau Directieraad
Dr.ir. M.N. Pieters	RIVM, Domein Volksgezondheid en Zorg
Prof.dr. J.J. Polder	RIVM, Bureau Directieraad
Prof.dr.ir. A.J. Schuit	RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg
Dr. M.T.M. van Raaij	RIVM, Domein Milieu en Veiligheid
Drs. L. Stokx	RIVM, Bureau Directieraad
Dr. M.A.B. van der Sande	RIVM, Centrum Epidemiologie en Surveillance van Infectieziekten
Dr. A. de Vries	RIVM, Centrum Gezondheidsbescherming
Drs. N. Tamsma	RIVM, Bureau Directieraad

Bijlage 3 Indicatoren voor participatie

Tabel B3.1: Indicatoren voor participatie.

Indicator	Omschrijving	Bron
Onderwijsdeelname	Leerlingen ingeschreven in door overheid bekostigd onderwijs	CBS (DUO)
	Volgen van voltijd dagonderwijs (≥3 dagen/week; ≥16 uur/week)	AVO 2007
	Leerlingen op Speciaal Onderwijs (basisonderwijs en voortgezet onderwijs)	CBS
Schoolverzuim	Relatief verzuim: ongeoorloofde afwezigheid van in totaal minimaal zestien uren gedurende een periode van vier opeenvolgende lesweken (aantal meldingen door scholen)	OCW (DUO)
	Absoluut verzuim: leerplichtige kinderen en jongeren die niet bij een school staan ingeschreven	OCW (DUO)
	Percentage leerlingen dat de afgelopen maand heeft verzuimd wegens ziekte	PIAMA-onderzoek periode 2000-2011
	Langdurig thuiszitten: leerplichtigen die wel zijn ingeschreven, maar zonder geldige reden (zoals ziekte) meer dan vier weken geen onderwijs volgen	OCW (DUO)
Voortijdig schoolverlaten	Jongeren onder de 23 jaar die niet in het bezit zijn van een diploma op havo-, vwo- of mbo-2-niveau (zogenaamde startkwalificatie) en die geen onderwijs volgen	CBS (DUO)
'Rugzakjes'	Percentage en aantal leerlingen (ook naar diagnose volgens cluster 1 t/m 4)	CBS
Arbeidsparticipatie	Het hebben van betaald werk, ongeacht het aantal uur	Gezondheids-monitor 2012
	Baan ≥ 12 uur/week	CBS
	Bijstand of WW	CBS/UWV
	Het hebben van betaald werk (in loondienst of als zelfstandig ondernemer). Ook een paar uren per week of tijdelijk werk tellen mee	AVO 2007
	Gemiddelde pensioenleeftijd	CBS
	Percentage werknemers dat kan of wil doorwerken tot 65 jaar	NEA
	Gemiddelde leeftijd tot wanneer werknemers willen en kunnen doorwerken	NEA
Wajong-uitkering (18-24 jaar)	Totaal en instroom	UWV
	Instroom naar diagnose	UWV
	Percentage werkende Wajongers, naar diagnosegroep	UWV
Arbeidsongeschiktheids-uitkering (25-64 jaar)	Totaal en instroom	UWV
	Instroom naar diagnose	UWV
	Percentage WAO'ers/WGA'ers met werk, naar diagnosegroep	UWV

Indicator	Omschrijving	Bron
Verzuim van werk	Percentage verzuim naar diagnose	ArboNed
	Percentage verzuim naar klacht	NEA
Vrijwilligerswerk	Vrijwilligerswerk bij twaalf soorten verenigingen, zoals politieke partij of politieke vereniging, organisatie op het gebied van natuur en milieu, een sportvereniging, of zang-, muziek- of toneelvereniging	AVO 2007
Informele zorg	Mantelzorg geven: het onbetaald zorg geven aan een bekende uit de omgeving als deze persoon voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is	Gezondheids-monitor 2012
	Het hulp geven (niet beroepsmatig) aan mensen die ziek of gehandicapt zijn	AVO 2007
Lidmaatschap vereniging	Lidmaatschap van twaalf soorten verenigingen, zoals onderwijs- of schoolvereniging, zang-, muziek- of toneelvereniging, jeugdvereniging, clubhuis of padvinderij	AVO 2007
Lidmaatschap sportvereniging	Lidmaatschap van een sportvereniging	AVO 2007

AVO = Aanvullend Voorzieningengebruikonderzoek; CBS = Centraal Bureau voor de Statistiek; DUO = Dienst Uitvoering Onderwijs; NEA = Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden; OCW = Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap; UWV = Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen; WAO = Wet arbeidsongeschiktheids-verzekering; Wajong = Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten; WGA = Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten; WW = Werkloosheidswet

Bijlage 4 Methodebeschrijving rol van sociaaleconomische status

Om te onderzoeken of de relatie tussen gezondheid en participatie afhankelijk is van de sociaaleconomische status (SES) hebben we analyses uitgevoerd op AVO-gegevens uit 2007. Met deze analyses konden we nagaan of SES een zogenaamde interactie-variabele is in de relatie tussen gezondheid en participatie. We wilden de vraag beantwoorden of de relatie tussen gezondheid en participatie verschilt tussen mensen met een hoge SES en mensen met een lage SES.

Sociaaleconomische status hebben we gemeten aan de hand van het hoogst behaalde opleidingsniveau (vier niveaus). We hebben twee leeftijdsgroepen onderscheiden: 25-55 jaar en 55+ (55-75 jaar bij arbeidsparticipatie). Voor elke leeftijdsgroep hebben we twaalf logistische regressiemodellen gedraaid: een model voor elke combinatie van een gezondheidsmaat als determinant (ervaren gezondheid, mentale gezondheid, fysieke gezondheid/beperkingen en het al dan niet hebben van chronische ziekten) en participatiedomein als uitkomstmaat (arbeidsdeelname, informele zorg verlenen en vrijwilligerswerk doen). Bij elke logistische regressie hebben we steeds vier interactietermen opgenomen (gezondheidsmaat maal vier niveaus SES) en gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. Voor beide leeftijdsgroepen bleken de interactietermen voor 94% niet significant en voor de 6% die wel significant bleek, was er geen consistent beeld te zien. Op de gegevens van de Gezondheidsmonitor uit 2012 hebben we hetzelfde gedaan voor de relatie tussen de vier gezondheidsmaten en het participatiedomein werk voor de groep 25- tot 55-jarigen. Ook hier kwam geen consistent beeld naar voren. Op basis van deze analyses kunnen we concluderen dat de relatie tussen gezondheid en participatie niet verschilt voor de vier niveaus van SES.

Bijlage 5 Extra tabellen

Tabel B5.1: Leerlingen op speciale scholen, uitgesplitst naar cluster (voorlopige cijfers, schooljaar 2011/2012) (CBS, 2012).

	Basisonderwijs			Voortgezet onderwijs		
	Totaal	Aandeel Jongens	Aandeel meisjes	Totaal	Aandeel jongens	Aandeel meisjes
Totaal	34.272	73	27	35.865	71	29
Cluster 1 Visuele beperkingen						
Visueel gehandicapten	370	62	38	201	55	45
Meervoudig gehandicapten [a]	132	59	41	48	50	50
Cluster 2 Communicatieve beperkingen						
Dove kinderen	389	52	48	215	53	47
Slechthorende kinderen	532	60	40	1.819	72	28
Kinderen met ernstige spraakmoeilijkheden	5.656	74	26	-		
Meervoudig gehandicapten [a]	287	61	39	286	60	40
Cluster 3 Verstandelijke en/of lichamelijke handicap en langdurige ziekte						
Zeer moeilijk lerende kinderen	6.955	65	35	9.412	60	40
Somatisch langdurig zieken	1.098	61	39	798	51	49
Lichamelijk gehandicapten	1.402	66	34	1.068	63	37
Meervoudig gehandicapten [a]	4.291	62	38	1.902	64	36
Cluster 4 Ernstige gedragsproblemen en/of psychiatrische stoornissen						
Zeer moeilijk opvoedbare kinderen	5.601	85	15	15.670	79	21
Pedologische instituten	1.933	85	15	351	80	20
Psychisch langdurig zieken	5.626	85	15	4.095	79	21

[a] Het gaat hier om leerlingen die naast een van de eerder genoemde handicaps of stoornissen in desbetreffend cluster ook nog een andere handicap of stoornis hebben.

Tabel B5.2: Gezondheid van 6- tot 16-jarigen, 16- tot 25-jarigen, volwassenen (25 tot 65 jaar) en ouderen (55+) in 2007 (in procenten) (Bron: AVO 2007).

Gezondheidsaspecten	6-15 jaar	16-24 jaar	25-64 jaar	55+	Beschrijving
Goede ervaren gezondheid	97	93	85	72	Algemeen oordeel over eigen gezondheid
Goede mentale gezondheid	79	76	79	77	Combinatie van: zich kalm en rustig voelen en zich neerslachtig en somber voelen
Geen beperkingen bij activiteiten	94	96	91	73	Beperkingen in de activiteiten van het dagelijks leven: met moeite of alleen met hulp van anderen in staat zijn om bijvoorbeeld te zitten en op te staan, gezicht en handen te wassen, of de trap op en af te lopen
Niet chronisch ziek	84	77	64	45	Het gaat steeds om een ziekte of aandoening die mensen in het afgelopen jaar minstens 6 maanden hebben gehad, bijvoorbeeld: aandoeningen aan het bewegingsapparaat, astma, kanker, hart- en vaatziekten, diabetes

Tabel B5.3: Percentage volwassenen (25 tot 65 jaar) met en zonder gezondheidsproblemen dat participeert in arbeid of informele zorg in 2012 (Bron: Gezondheidsmonitor 2012).

Gezondheidsaspecten	Arbeid (≥1 uur/week)	Informele zorg
Ervaren gezondheid	a+b+	a-b+
goed	84,4	19,2
minder goed	54,1	20,7
Mentale gezondheid	a+b+	a-b-
goed	83,9	18,8
minder goed	69,4	20,8
Beperkingen bij activiteiten	a+b+	a+b+
nee	81,2	19,7
ja	32,1	17,8
Chronisch ziek	a+b+	a-b-
nee	86,5	16,4
ja	72,2	22,4

[a] Ongecorrigeerde relatie is significant (p<0,05). Met behulp van logistische regressie is getoetst of volwassenen zonder gezondheidsproblemen vaker participeren op de verschillende participatievormen dan volwassenen met gezondheidsproblemen. De tabel toont de niet-gecorrigeerde percentages.
[b] Idem, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.
+ = mensen zonder gezondheidsproblemen participeren meer dan mensen met gezondheidsproblemen
- = mensen met gezondheidsproblemen participeren meer dan mensen zonder gezondheidsproblemen

Tabel B5.4: Percentage ouderen (55+) [1] met en zonder gezondheidsproblemen dat participeert in arbeid of informele zorg in 2012 (Bron: Gezondheidsmonitor 2012).

Gezondheidsaspecten	Arbeid (≥1 uur/week)	Informele zorg
Ervaren gezondheid	a+b+	a+b+
goed	42,9	23,5
minder goed	24,6	18,3
Mentale gezondheid	a+b+	a-b-
goed	40,2	21,6
minder goed	32,0	22,1
Beperkingen bij activiteiten	a+b+	a+b+
nee	40,4	23,1
ja	12,4	14,8
Chronisch ziek	a+b+	a+b+
nee	49,7	24,0
ja	33,6	21,7

[1] Bij arbeid: 55 tot 75 jaar
[a] Ongecorrigeerde relatie is significant (p<0,05). Met behulp van logistische regressie is getoetst of ouderen zonder gezondheidsproblemen vaker participeren op de verschillende participatievormen dan ouderen met gezondheidsproblemen. De tabel toont de niet-gecorrigeerde percentages.
[b] Idem, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.
[+] = mensen zonder gezondheidsproblemen participeren meer dan mensen met gezondheidsproblemen
[-] = mensen met gezondheidsproblemen participeren meer dan mensen zonder gezondheidsproblemen

Tabel B5.5: Percentage ouderen (55 tot 65 jaar) met en zonder gezondheidsproblemen dat participeert in arbeid, informele zorg, vrijwilligerswerk en/of (sport)vereniging in 2007 (Bron: AVO 2007).

Gezondheidsaspecten	Arbeid (≥1 uur/week)	Informele zorg	Vrijwilligers-werk	Lid vereniging	Lid sport-vereniging
Ervaren gezondheid	a,b		a,b	a,b	a,b
goed	57	21	39	59	28
minder goed	34	17	28	47	12
Mentale gezondheid	a,b		a,b	a,b	a,b
goed	57	21	40	61	26
minder goed	38	20	26	40	18
Beperkingen bij activiteiten	a,b		a,b	a,b	a,b
nee	58	21	39	59	27
ja	31	20	29	47	14
Chronisch ziek	a,b				a,b
nee	60	19	39	58	28
ja	48	21	36	56	22

[a] Ongecorrigeerde relatie is significant (p<0,05). Met behulp van logistische regressie is getoetst of ouderen zonder gezondheidsproblemen vaker participeren op de verschillende participatievormen dan ouderen met gezondheidsproblemen. De tabel toont de niet-gecorrigeerde percentages.
[b] Idem, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

Tabel B5.6: Percentage ouderen (65 tot 75 jaar) met en zonder gezondheidsproblemen dat participeert in arbeid, informele zorg, vrijwilligerswerk en/of (sport)vereniging in 2007 (Bron: AVO 2007).

Gezondheidsaspecten	Arbeid (≥1 uur/week)	Informele zorg	Vrijwilligers-werk	Lid vereniging	Lid sport-vereniging
Ervaren gezondheid	[a,b]	[a,b]	[a,b]	[a,b]	[a,b]
goed	10	22	39	55	28
minder goed	2	16	23	43	12
Mentale gezondheid	[a,b]		[a,b]	[a,b]	[a,b]
goed	9	21	38	56	26
minder goed	4	20	26	42	18
Beperkingen bij activiteiten		[a,b]	[a]	[a,b]	[a,b]
nee	8	22	37	54	27
ja	5	14	30	46	14
Chronisch ziek					[a,b]
nee	9	20	35	55	28
ja	7	20	36	55	22

[a] Ongecorrigeerde relatie is significant ($p<0,05$). Met behulp van logistische regressie is getoetst of ouderen zonder gezondheidsproblemen vaker participeren op de verschillende participatievormen dan ouderen met gezondheids-problemen. De tabel toont de niet-gecorrigeerde percentages.
[b] Idem, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

Tabel B5.7: Percentage ouderen (75+) met en zonder gezondheidsproblemen dat participeert in informele zorg, vrijwilligerswerk en/of (sport)vereniging in 2007 (Bron: AVO 2007).

Gezondheidsaspecten	Informele zorg	Vrijwilligers-werk	Lid vereniging	Lid sport-vereniging
Ervaren gezondheid	[a,b]	[a,b]		[a,b]
goed	14	23	48	14
minder goed	9	10	41	6
Mentale gezondheid		[a,b]	[a,b]	[a]
goed	12	22	52	12
minder goed	10	11	34	7
Beperkingen bij activiteiten	[a,b]	[a,b]		[a,b]
nee	16	26	49	17
ja	8	12	43	6
Chronisch ziek		[a,b]		
nee	13	25	54	12
ja	11	16	45	11

[a] Ongecorrigeerde relatie is significant ($p<0,05$). Met behulp van logistische regressie is getoetst of ouderen zonder gezondheidsproblemen vaker participeren op de verschillende participatievormen dan ouderen met gezondheids-problemen. De tabel toont de niet-gecorrigeerde percentages.
[b] Idem, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

Tabel B5.8: Percentage ouderen (55+) met een chronische ziekte in 2007 (Bron: AVO 2007).

Chronische ziekte	55+	Beschrijving
Klachten bewegingsapparaat	33	In het afgelopen jaar gedurende 6 maanden gehad: gewrichtsslijtage van heupen of knieën; chronische gewrichtsontsteking (chronische reuma, reumatoïde artritis); ernstige hardnekkige aandoening van de rug (incl. hernia); ernstige hardnekkige aandoening van de nek of schouder
Astma	13	In het afgelopen jaar gedurende 6 maanden gehad: astma, chronische bronchitis, longemfyseem of chronische aspecifieke respiratorische aandoeningen
Kanker	6	In het afgelopen jaar gedurende 6 maanden gehad: kanker of kwaadaardige aandoening
Hart- en vaatziekten	12	In het afgelopen jaar gedurende 6 maanden gehad: ernstige hartaandoening (hartfalen, angina pectoris of (de gevolgen van) een hartaanval); (gevolgen van) beroerte, hersenbloeding of herseninfarct
Diabetes	12	In het afgelopen jaar gedurende 6 maanden gehad: diabetes

Tabel B5.9: Achteruitgang van de gezondheid door het helpen bij oudere mantelzorgers (55+), naar kenmerken van de geboden hulp en zorgsituatie in 2007 (in procenten, (N)) (Bron: CBS-IH'07; SCP-bewerking).

	Achteruitgang ervaren gezondheid		Achteruitgang psychische gezondheid	
< 8 uur per week	5	(306)	10	(302)
> 8 uur per week	18	(584)	16	(579)
< 3 maanden	8	(137)	7	(136)
> 3 maanden	16	(767)	15	(758)
Geen emotionele steun en begeleiding	2	(122)	10	(120)
Wel emotionele steun en begeleiding	17	(742)	15	(735)
Geen begeleiding bij bezoeken	7	(111)	14	(113)
Wel begeleiding bij bezoeken	16	(754)	14	(745)
Geen huishoudelijke hulp	12	(143)	15	(144)
Wel huishoudelijke hulp	15	(705)	13	(695)
Geen begeleiding bij regelen van zaken en administratie	9	(239)	10	(242)
Wel begeleiding bij regelen van zaken en administratie	17	(602)	15	(591)
Geen persoonlijke verzorging	11	(541)	13	(539)
Wel persoonlijke verzorging	22	(251)	16	(246)
Geen verpleegkundige hulp	11	(554)	13	(551)
Wel verpleegkundige hulp	23	(250)	17	(245)
Een type hulp	3	(56)	15	(59)
Twee typen hulp	6	(149)	6	(150)
Drie typen hulp	9	(219)	13	(214)
Vier typen hulp of meer	20	(489)	16	(483)
Chronisch ziek	15	(588)	16	(584)
Tijdelijk ziek	2	(95)	9	(95)
Anders	7	(81)	6	(78)
Overleden	22	(160)	16	(157)
Geen lichamelijke beperking	9	(31)	7	(30)
Lichte lichamelijke beperking	12	(23)	22	(23)
Matige lichamelijke beperking	12	(172)	13	(169)
Ernstige lichamelijke beperking	15	(673)	13	(663)
Geen gedragsproblemen	4	(342)	4	(336)
Enigszins gedragsproblemen	13	(272)	8	(268)
Veel gedragsproblemen	26	(311)	28	(309)
Totaal	**14**	**(928)**	**14**	**(918)**

Tabel B5.10: Achteruitgang van de gezondheid door het helpen bij oudere mantelzorgers (55+), naar sociale relatie tussen gever en ontvanger en andere kenmerken van de mantelzorger in 2007 (in procenten, (N)) (Bron: CBS-IH'07; SCP-bewerking).

	Achteruitgang ervaren gezondheid		Achteruitgang psychische gezondheid	
Partner	24	(268)	17	(265)
(Schoon)ouder	12	(292)	15	(289)
Kind/stiefkind/pleegkind	18	(95)	18	(95)
(Schoon)broer/zus	0	(57)	15	(58)
Ander familielid	7	(32)	9	(32)
Kennis, vriend	7	(96)	2	(96)
Buurman of buurvrouw	9	(50)	7	(50)
Anders	5	(28)	5	(27)
55-64 jaar	12	(569)	14	(566)
65-74 jaar	14	(280)	10	(272)
75 jaar of ouder	29	(86)	18	(86)
Mannelijke helper	13	(425)	15	(418)
Vrouwelijke helper	15	(509)	12	(505)
Niet gewerkt in de laatste 12 maanden	16	(619)	13	(609)
1-34 uur gewerkt	12	(135)	16	(135)
≥ 35 uur gewerkt	13	(108)	19	(108)
Arbeid, alleen 55-64-jarigen				
Niet gewerkt in de laatste 12 maanden	14	(294)	13	(292)
1-34 uur gewerkt	11	(122)	18	(122)
≥ 35 uur gewerkt	13	(107)	19	(108)
Basisonderwijs	19	(83)	8	(81)
Midden opgeleid	14	(277)	15	(272)
Hoger onderwijs	11	(42)	21	(45)
Mbo	13	(282)	10	(280)
Hbo	14	(160)	15	(159)
Universiteit	13	(83)	19	(81)
Alleenstaand	21	(700)	11	(698)
Samenlevend	12	(234)	14	(226)
Totaal	**14**	**(928)**	**14**	**(918)**

Bijlage 6 Afkortingen

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
AVO	Aanvullend Voorzieningengebruikonderzoek
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BAG	Beleidsadviesgroep
BLOS	Blijven Op School
BMI	Body Mass Index
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CGL	Centrum Gezond Leven
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease (bronchitis, longemfyseem en astma)
CT	Controlled Trial
DALY	Disability Adjusted Life Years
DUO	Dienst Uitvoering Onderwijs
EU	Europese Unie
GGD	Gemeentelijke/gewestelijke gezondheidsdienst
ggz	geestelijke gezondheidszorg
havo	hoger algemeen voortgezet onderwijs
hbo	hoger beroepsonderwijs
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IPS	Individual placement and support
IVA	Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KAB	Klachten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat
KANS	Klachten aan de arm nek en/of schouder
LASA	Longitudinal Ageing Study Amsterdam
LPGGz	Landelijk Platform GGz
Lwoo	Leerwegondersteunend onderwijs
mbo	middelbaar beroepsonderwijs
mkb	midden- en kleinbedrijf
NEA	Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden
NJi	Nederlands Jeugdinstituut
NPCG	Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten
NPP	Nationaal Programma Preventie
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
PTSS	Posttraumatische stress-stoornissen
QALY	Quality-adjusted life year
RCT	Randomized Controlled Trial
REC	Regionaal Expertise Centrum
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RMC	Regionale Meld- en Coördinatiepunt
Roc	Regionaal opleidingscentrum

RSI	Repetitive strain injury
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SES	Sociaaleconomische status
STREAM	Study on Transitions in Employment, Ability and Motivation
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
vmbo	voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VUT	Vervroegde Uittreding
vwo	voorbereidend wetenschappelijk onderwijs
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAC	Wetenschappelijke adviescommissie
WAI	Workability Index
Wajong	Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten
WAO	Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering
WAZ	Wet arbeid en zorg
WGA	Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten
WIA	Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
wo	wetenschappelijk onderwijs
Woozl	Wet ondersteuning onderwijs zieke leerlingen
WSNS	Weer Samen Naar School
WW	Werkloosheidswet
Wwb	Wet werk en bijstand
Wwv	Wet werkloosheidsvoorziening
ZAT	Zorg- en adviesteam

Dit themarapport is de vijfde publicatie in de reeks van de VTV-2014 publicaties.

Eerder verschenen:

Meijer S, Post N, Hoeymans N (2011). Van goed naar beter. Gebruikersevaluatie van de VTV-2010. Bilthoven: RIVM Briefrapport 270241001/2011.

Hoeymans N, Loon AJM van, Schoemaker CG (2011). Definitierapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: RIVM Rapport 270241002/2011.

Hoeymans N, Loon AJM van, Schoemaker CG (2012). Ontwerprapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: RIVM Briefrapport 270241003/2012.

Gijsen R, Poos MJJC, Slobbe LCJ, Mulder M, Panhuis-Plasmans MHD in 't, Hoeymans N (2013). Een nieuwe selectie van ziekten voor de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. Bilthoven: RIVM Briefrapport 010003004/2013.

Redactie
M.M. Harbers | N. Hoeymans

Rapport 010003001/2013

Werken, een opleiding volgen, vrijwilligerswerk doen, mantelzorg verlenen, of op een andere manier maatschappelijk actief zijn bevordert de gezondheid. Wordt de belasting te groot dan kan het de gezondheid schaden. Omgekeerd heeft gezondheid invloed op maatschappelijke participatie. De maatschappelijke participatie van chronisch zieken hangt vooral samen met hoe zij hun gezondheid ervaren, eventuele beperkingen en hun psychisch welbevinden.

Er zijn talrijke interventies om de maatschappelijke participatie te verbeteren. Over de effectiviteit ervan is weinig bekend.



Dit is een uitgave van:

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

september 2013

005643